



KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOKSEN HÄMEEN- LINNAN JA FORSSAN TOIMIALUEIDEN POTILAS- TYYTYVÄISYYS ENSIHOITOPALVELUIDEN LAA- TUUN

Sorsa, Emmi

Santos, Rochelle

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Hämeenlinnan ja Fors-
san toimialueiden potilastyytyväisyys ensihoitopalvelui-
den laatuun

Emmi Sorsa
Rochelle Santos
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2011

Emmi Sorsa & Rochelle Santos

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueiden Forssan ja Hämeenlinnan potilastyytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun

Vuosi 2011

Sivumäärä 58

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli mitata Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen tuottaman ensihoitopalvelun laatua potilaiden näkökulmasta Hämeenlinnan ja Forssan toimialueilla.

Tutkimus pohjautuu Halosen ja Pennasen (2009) tekemään tutkimukseen, jonka tarkoituksena oli kehittää ensihoidon palvelun laatua mittaava mittari Kanta-Hämeen pelastuslaitokselle. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kyseisellä mittarilla palvelun laatua Riihimäen toimialueella. Käytimme kyseistä mittaria tutkimuksessa, jotta tutkimustulokset olisivat vertailukelpoisia kaikissa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueilla tehdyissä ja tulevaisuudessa ensihoidon palvelun laatua mittaavissa tutkimuksissa. Kysely lähetettiin 225:lle rajaukseen sopivalle potilaalle Hämeenlinnassa ja Forssassa. Kysely jaettiin jatkohoitoon kuljetettuihin ja kohteessa hoidettuihin. Kyselylomakkeita lähetettiin jatkohoitoon kuljetetuille 175 ja kohteessa hoidetuille 50. Vastauksia palautui sekä Hämeenlinnasta 72 (32 %) että Forssasta 72 (32 %). Tutkimusaineisto kerättiin vuonna 2011. Tutkimustulokset syötettiin SPSS PASW statistic 18.0- ohjelmaan, josta saatiin suoraan potilaan vastaukset ja kuviot tehtyä.

Tutkimus jaettiin viiteen teemaan: ambulanssin yleinen olemus, ambulanssihenkilöstön ammattitaito, hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus, jatkohoitopaikkaan kuljetetut ja kohteessa hoidetut. Viimeisenä kyselykaavakkeessa oli vapaan sanan osio, johon vastaajat saivat halutessaan lisätä mielipiteitään.

Tutkimuksessa ilmeni, että tyytyväisimpiä olivat kohteessa hoidetut potilaat niin Hämeenlinnassa kuin Forssassa. Yksittäisistä väittämistä tyytymättömmimpiä oltiin omaisten huomiointiin.

Emmi Sorsa & Rochelle Santos

Patient contentment in the quality of first-aid services in the rescue department of Kanta-Häme in Forssa and Hämeenlinna.

Year 2011

Pages

58

The purpose of this thesis was to measure the quality of first-aid services from the patients' point of view in the rescue department of Kanta-Häme in Forssa and Hämeenlinna.

The study was based on a previous research (Halonen & Pennanen 2009), the purpose of which was to develop an indicator to measure the quality of first-aid services in the rescue department of Kanta-Häme. The aim of this study was to use this indicator to assess the quality of services in the area of Riihimäki. We used the research in question so that all the results would be comparable in all the researches made in the Kanta-Häme rescue department and in the future researches that measure the quality of first-aid services. The questionnaire was sent to patients in Hämeenlinna and Forssa. Of these patients 175 were transferred to extensive care, while 50 of them were treated on the scene. Of the questionnaires 72 (32 %) were returned from both Hämeenlinna and Forssa. The research material was collected in 2011. The research results were entered in the SPSS PASW statistic 18.0- program was used in the analysis of the data.

The material was divided into five themes: the general appearance of the ambulance, the professional skills of the ambulance staff, the individuality and uniqueness of the treatment, the patients transferred to extensive care and patients treated on the scene. Open comments could be added in the questionnaire.

The study indicated that the most satisfied patients were the ones treated on the scene both in Hämeenlinna and Forssa. The patients were least satisfied with the manner the relatives were taken into account.

Keywords: First aid, ambulance service, paramedic service, patient satisfaction.

Sisällys

1	JOHDANTO.....	6
2	ENSIHOITO	7
3	ENSIHOIDON LAADUN KIRJALLISUUSKATSOMUS	9
3.1	Laatu ensihoidossa	12
3.1.1	Omaisten huomioiminen	13
3.1.2	Työympäristönä ambulanssi	13
3.1.3	Hätäkeskustoiminta	13
3.1.4	Turvallisuuden tunne	14
3.1.5	Kivun hoito	14
3.1.6	Vuorovaikutus	15
3.1.7	Luottamus	15
3.2	Ensihoitoa ohjaavat lait ja asetukset	16
3.3	X- Koodit	18
3.3.1	Koodi X-5.....	19
3.3.2	Koodi X-8.....	19
4	KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOS	20
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET	21
6	TUTKIMUSMENETELMÄ	21
7	TUTKIMUSTULOKSET	23
7.1	Vastaajien taustatiedot	23
7.2	Ambulanssihenkilöstön yleinen olemus.....	24
7.3	Ambulanssihenkilöstön ammattitaito	30
7.4	Hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus	36
7.5	Kuljetetut potilaat	45
7.6	Kohteessa hoidetut	51
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	55
9	POHDINTA	56
10	EETTISYYS	59
	Lähteet	60
	Liitteet.....	64

1 JOHDANTO

Sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalvelusta (340/2011) velvoittaa sairaanhoitopiirien järjestämään ja tuottamaan toimialueelleen sairaankuljetuspalvelut. Sairaanhoitopiirien vastuulla on myös valvoa ja seurata tuotettua ensihoitopalvelua. Tämä opinnäytetyö on osa lain vaatimaa ensihoitopalvelujen seuranta Kanta-Hämeen alueella. Opinnäytetyön kyse ly koskee Forssan ja Hämeenlinnan toimialueiden ensihoidollisten tehtävien laatua. Tutkimus pohjautuu Halosen ja Pennasen (2009) tekemään tutkimukseen, jossa kehitettiin Kanta-Hämeen pelastuslaitokselle ensihoidon laatua mittaava mittari ja suoritettiin potilastyytyväisyystutkimus Riihimäen alueella. Tutkimuksen tiedonkeruussa käytimme kyseistä mittaria, jotta tutkimustulokset olisivat vertailukelpoisia aikaisempaan ja tuleviin asiakaskyselyihin Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen toimialueiden kesken.

Tutkimuksessa tarkasteltiin tutkittavaan ilmiöön, eli asiakasnäkökulmasta palvelun laatuun vaikuttavien tekijöiden toimivuutta. Työssä avataan käsitteet, jotka vaikuttavat tutkittaviin tekijöihin, joita ovat ambulanssihenkilöstön yleinen olemus ja - ammattitaito, hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus, mahdollisen jatkohoitopaikan oikea valinta ja kohteessa hoidettuihin, kuljetusta tarvitsemattomat. Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden laatua ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksen teoriaosuus on jaettu teemoittain. Tutkimuksen tavoite on selvittää millaista asiakastyytyväisyys on eriteltyinä eri aihealueilla. Tarkoituksena on yrittää löytää jo hyvin toimivat ja luotettavat työmenetelmät, jotta ensihoitopalveluita kehittäessä voidaan keskittyä kehitystä tarvitseviin asioihin.

2 ENSIHOITO

Ensihoito tarkoittaa riittävän terveydenhuollon koulutuksen saaneen henkilön tekemää arviointia ja välitöntä hoitoa, jonka seurauksena hoidettavan henkilön elintoiminnot pystytään ylläpitämään, korjaamaan ja turvaamaan erilaisin välinein, hoitotoimenpitein ja lääkkein (Elomaa 2011, 11). Ensihoito pohjautuu terveydenhuoltoon, jonka tehtävänä on hoitaa äkillisesti sairastunut tai vammautunut laadukkaasti tapahtumapaikalla, kuljetuksen aikana ja sairaalassa (Kultalahti 2010, 2). Terveydenhuollon laki § 39 astuu voimaan 2012 velvoittaen sairaanhoitopiirit järjestämään alueellaan sairaalan ulkopuolella tapahtuvan ensihoidon ja sairaankuljetuksen. Ennen lakiuudistusta ensihoidon järjestämisvastuu on kuulunut kunnille.

Ambulanssiyksikössä Kanta-Hämeen pelastuslaitoksella työparina työskentelee yleensä hoitotason- ja perustason henkilö. Perustason henkilöksi katsotaan pelastaja ja lähihoitaja ja hoitotason henkilöksi sairaanhoitaja ja ensihoitaja AMK. Yksiköstä, jossa toimii perus- ja hoitotason henkilöt, käytetään lyhennettä H+P. (Kanta-Hämeen pelastuslaitos 2011.)

Sairaanhoidolliset kuljetukset jaetaan kahteen ryhmään kiireellisyyden mukaan; kiireettömiin kuljetuksiin ja kiireellisiin kuljetuksiin. Kiireetön sairaankuljetus tarkoittaa kuljetuksia jotka, eivät ole kiireellisiä ja näin voivat odottaa. Kuljetukset eivät ole päivystysluontoisia, vaan yleensä ennalta sovittuja potilaan siirtokuljetuksia. Päivystysaikana kiireettömiä kuljetuksia tulisi tehdä vain silloin, kun kiireellisten sairaankuljetuspalveluiden saanti on turvattu. Kiireellinen sairaankuljetus tarkoittaa puolestaan kuljetuksia, joita ei voida ennakoida. Kuljetuksissa on suuria vaihteluita kiireellisyyden mukaan. Osa kiireellisistä kuljetuksista voi tarkoittaa sairaalahoitoon pääsyä mahdollisimman nopeasti ja osa taas puolestaan hoidon aloittamista kohteessa ennen itse kuljetusta jatkohoitopaikkaan. Lääketieteellisen, nopean arvion vammasta ja hoidon kiireellisyydestä tekee ensihoitaja tapahtumapaikalla. (Castrén ym. 2005, 13, 19- 20.) Kiireellisyysluokka A tarkoittaa välitöntä vaurioita tai vaaraa peruselintoiminnoissa. Kiireellisyysluokka B tarkoittaa mahdollisuutta peruselintoimintoihin kohdistuvaa vaaraa. Näissä tapauksissa myös suppeat esitiedot voivat pitää kiireellisyysluokan ylhäällä. Kiireellisyysluokka C tarkoittaa potilaan tilan olevan vakaa, mutta luultavimmin sairaankuljetuksen tarve on olemassa. Luokkaan C kuuluu myös potilaat, joiden tila käydään tarkistamassa ja arvioimassa ilman mahdollista sairaankuljetuksen tarvetta. Kiireellisyysluokka D tarkoittaa ei kiireellistä kuljetusta ja yleensä näissä tehtävissä on kyseessä päivystysaikana tehtävät siirtokuljetukset. Lääkinnällinen pelastustoimi käsittää kaiken mitä niin sairaalassa kuin sairaalan ulkopuolellakin tapahtuvasta ensihoidosta. (Kuisma ym. 2008, 26.) Ensihoitopalveluiden luokittelumiseksi on luotu kiireellisyysluokat A, B, C ja D, jotta tehtävät pystytään jakamaan kiireellisyyden mukaan. Tästä syystä vähemmän kiireelliset tapaukset on uskallettava jättää odottamaan, jos tilalle tulee kiireellisempää hoitoa tarvitseva kuljetuspyyntö. Ensimmäisen kiireellisyysluokka-arvion tekee hätäkeskuspäivystäjä. Sairaankuljettajat arvioivat kii-

reellisyysluokkaa koko tehtävän ajan. Sairaankuljettajat antavat myös palautteen oikeasta luokasta hätäkeskuspäivystäjälle. (Castrén ym. 2005, 13, 19- 20.)

Glasgow´ n kooma-asteikko eli Glasgow´ s coma scale (GCS) kehitettiin alun perin pään vammojen arviointiin, mutta nykypäivänä sitä käytetään myös tajunnan tason arviointiin. Asteikon tarkoituksena on mitata ja samalla pisteyttää potilaan silmien avaamista (1- 4 pistettä), puhevastetta (1- 5 pistettä) ja liikevastetta (1- 6 pistettä). Yleensä ensihoitotilanteissa ei ole aikaa, eikä tarvettakaan mitata pelkkää tajunnan tasoa, mutta sitä on silti tärkeä tarkkailla ja kirjata ylös asianmukaisesti, eikä vain suuntaa antavasti. Tämän vuoksi asteikko on todettu hyväksi ensihoitotilanteissa ja sen suosio perustuu asteikolla arviointiin. Jos potilas tervehtii saapuvaa hoitohenkilökuntaa, voidaan tehdä huomio, että potilas on tajuissaan, joten hänen kipureaktiotaan on silloin turha testata. Jos taas potilas makaa puheeseen reagoimattomana maassa, tulee hänen kipureaktionsa mitata esimerkiksi painamalla kynällä kynsinauhaa. Mittaus tulisi tehdä molemmin puolin, jotta mahdolliset puolierot havaitaan. Nämä tulee myös kirjata ylös. Asteikko on pisteytetty 15:ta ja 3:n pisteen välillä. GCS 15 pistettä tarkoittaa täysin hereillä olevaa potilasta ja 3 pistettä täysin reagoimatonta. Glasgow´ n kooma-asteikon muistisääntönä voi käyttää sanaa SIPULI, eli silmien liike, puhevaste ja liikevaste. (Kuisma ym. 2008, 83.) LIITE 1.

Ensihoidossa vaste tarkoittaa toimintaa, joka vastaa tietynlaiseen tarpeeseen. Vaste tarkoittaa hätäkeskuksen arvioimaa avuntarvetta ja alulle laittamaa toimintaa. Vasteen tarve määrittelee kohteeseen hälytettävät yksiköt. Vaste kattaa laajan alan toimintaa aina tiedottamisesta hälyttämiseen. Ohjevaste riippuu myös käytössä olevista yksiköistä. Päivystäjän tulee arvioida kiireellisyyttä riskin mukaan. Hätäkeskuspäivystäjä voi hälyttää puhelun aikana yksiköt, jos kyseessä on suuririskinen tilanne. Riskin ollessa pienempi hätäkeskuspäivystäjä hälyttää asianmukaisen yksikön paikalle vasta puhelun päätyttyä. Hätäkeskuspäivystäjä tekee tilannearvion puhelun aikana. Päivystäjä voi myös yli- tai aliarvioida riskiä. Hätäkeskuspäivystäjät valitsevatkin epäselvissä tilanteissa yleensä aina suuremman kiireellisyysluokan. Hätäkeskuspäivystäjä saa sairaankuljettajilta palautteen tehtävän kiireellisyysluokan osuvuudesta. Tehtävän jälkeen sairaankuljettajat ja ensihoitajan arvioivat siis kiireellisyysluokkaa kohteessa ja muuttavat sitä tarvittaessa. (Castren ym. 2005, 20- 21.) Ensi-vastetoiminta tarkoittaa, että kohteeseen hälytetään lähimpänä olevan hätäensiapua osaavan antava yksikkö potilaan tavoittamisviiveajan lyhentämiseksi, esimerkiksi elvytystilanteissa potilaan luo on päästävä mahdollisimman nopeasti, ja näin paikalle lähetetään lähin yksikkö. Ensivasteyksikkö voi olla esimerkiksi paloauto. (Lakiesitys Terveystieteiden laista, 2010.)

Vasteaika tarkoittaa aikaa, joka kuluu ensihoidon toiminnan aktivoimisesta sen alkamiseen. Aika alkaa, kun puhelu yhdistyy hätäkeskukseen ja päättyy, kun hälytetty yksikkö tai ensivasteyksikkö kohtaa potilaan. Vasteajat ovat yksi ensihoidon palvelun laadun mittareista. Vas-

teajat ovat ensisijainen mittari potilaan lopulliseen selviytymiseen. Vasteaikojen mittaamiseen tarvitaan tarkat ajankohdat ja nämä ovat määritelty kansainvälisesti, jotta ensihoidon palveluja voidaan vertailla. Kokonaisvasteajat ovat tärkeitä kuvaajia ensihoitopalvelun kyvyttä tuottaa eritasoista palvelua eritasoisille avuntarvitsijoille (Niemi 2006, 13.) Aika, jolloin saavutaan potilaan luo, on sairaankuljettajien ja ensihoitajien ilmoittama. Aika voi heitellä kuitenkin totuudesta, jos yksikkö ilmoittaa olevansa kohteessa esimerkiksi silloin, kun he ovat kohdetalon edessä, eivätkä potilaan luona. Tähän yhtenä ratkaisuna on laittaa defibrilaattori käyntiin potilaan luokse päästyä. Ajasta, kun defibrilaattori käynnistyy ja sen kellonaika talentuu, saadaan todenmukainen vasteaika. Sairauksikuljettajat ja ensihoitajat ovat velvollisia täyttämään potilaasta kansaneläkelaitoksen käyttämä SV 210 sairaankuljetusselvitys, johon merkitään alkamisajankohta hälytykselle, kohteeseen saapumisaika, potilaan kohtaamisaika, kuljetuksen alkamisaika ja potilaan luovutusaika sekä tehtävän päättymisaika. Vasteajan merkitseminen tulisi näin ollen kirjoittaa sekä saapuessa kohteeseen, että kohdatessa potilas. (Castrén ym. 2002, 10- 12, 21, 27.)

3 ENSIHOIDON LAADUN KIRJALLISUUSKATSOMUS

Halonen ja Pennanen (2009) ovat tutkineet opinnäytetyössään ”Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen toimialueen potilastyytyväisyys ensihoitopalvelun laatuun”, 2009. Tutkimuksen tarkoituksena oli mitata palvelun laatua potilaan kokemana. Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen ja aineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella. Tutkimukseen valittiin tietyn kriteerein 225 potilasta (Liite 2). Kyselyvastauksia palautui 91, joten vastausprosentiksi muodostui 41 %. Tutkimuksessa tutkittiin ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta, ambulanssihenkilöstön ammattitaitoa, hoitotapahtuman yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta sekä jatko- hoitopaikkaan kuljetettujen ja kohteessa hoidettujen kokemuksia jatkohoitopaikan valinnasta. Tutkimuksen tulosten mukaan ambulanssihenkilöstön paikalle tulon koettiin tuovan turvaa ja henkilökunnan käyttäytymiseen oltiin myös tyytyväisiä. Ambulanssihenkilökunnan ammattitaitoon ja määrätietoiseen toimintaan oltiin tyytyväisiä, mikä lisäsi myös turvallisuuden tunnetta. Myös kiireetön ja rauhallinen toiminta vaikuttivat turvallisuuden tunteeseen. Palvelun saannin nopeuteen vastaajat olivat suurimmaksi osin tyytyväisiä. Kivun hoito oli koettu hyvänä yhtä vastaajaa lukuun ottamatta, joka oli muuten tyytyväinen hoitoonsa. Henkilökunnan suhtautuminen potilaan kokemaan hätään ja omiin mielipiteisiin hoidosta koettiin tärkeänä ja onnistuneena. Hoidosta kertomiseen potilaalle oltiin oltu melko tyytyväisiä. Tutkimuksessa todettiin myös potilaan yksityisyyden kunnioituksen onnistuneen. Jatkohoitoon kuljetetut olivat olleet tyytyväisiä ambulanssin sisätiloihin, mikä oli kuitenkin vähiten palvelussa huomioitu asia. Kuljetustapaan yksi vastanneista ei ollut tyytyväinen, mikä oli johtunut moottoritiestä ambulanssiin aiheutuneesta tärinästä. Jatkohoitopaikan valintaan oltiin pääosin tyytyväisiä. Potilaat, jotka hoidettiin kohteessa eivätkä näin tarvinneet jatkohoitoon kuljetusta,

olivat suurelta osin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja perusteluihin kuljetuksen pois jättämisestä. Yksi vastaaja oli ollut tyytymätön saamiinsa virheellisiin ohjeisiin koskien terveyskeskuksen ja päivystyksen aukioloaikoja.

Hirvisen & Tikkasen opinnäytetyö tutki ”Potilastyytyväisyys Kainuun pelastuslaitoksen Kajaanin yksikön sairaankuljetuksessa” 2006. (30-31) Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilastyytyväisyyttä sairaankuljetuksen tarjoamista palveluista Kajaanin alueella. Tutkimusmenetelmänä oli kvantitatiivinen kysely ja kyselyssä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Tutkijat kuvasivat tutkimuksen yhteenvedossa potilaiden olleen tyytyväisiä saamaansa palveluun. Potilaat antoivat kiitosta eniten henkilökunnan käyttäytymisestä ja fyysisestä ympäristöstä. Tutkittavien mielestä henkilökunnan kliiniset taidot olivat hyvät ja heillä oli ammattitaitoa ja osaamista. Myös henkilöstön jutteleminen potilaalle ”niistä näistä” oli potilaiden mielestä tärkeää. Vaikka henkilökunnan käyttäytymistä arvioitiinkin hyväksi, oli heidän vuorovaikutus taidoissa kehittämistä, mm. itsensä esittelemisen. Kehityskohteiksi vastaajat ilmoittivat mm. yksityisyyden suojaamisen ja potilaan voinnista raportoinnin vain potilaan kuullen, eikä muiden paikallaolijoiden ollessa läsnä. 66,7 % vastanneista arvioi henkilökunnan kliiniset taidot hyväksi tai erittäin hyväksi ja 7,5 % huonoksi tai erittäin huonoksi. Vastanneet kuvailivat heidän huolenpitoansa hyväksi ja henkilökuntaa ammattitaitoiseksi. Myös asiallinen ja asiantunteva käyttäytyminen sai potilailta kiitosta. Vastaajat olivat kiinnittäneet huomiota niin sanotulla selkokielellä puhumiseen ja kysymyksiin vastaamiseen. Hoidon vastetta mitatessa, tutkijat tarkoittavat ”potilaan saamaa apua sekä kivunlievityksen/muun lääkityksen riittävyyttä” vastanneista 83,3 % saaneensa apua hyvin tai erittäin hyvin ja 4,1 % huonosti tai erittäin huonosti. Kivunlievityksensä vastaajista 60,8 % arvioi saaneensa apua hyvin tai erittäin hyvin ja vastaavasti, 8,1 % arvioi huonosti tai erittäin huonosti.

Himanen & Tillanen tutkivat opinnäytetyössä ”Ensihoidossa x-5- ja x-8- koodattujen potilaiden hakeutuminen hoitoon Mikkelin seudulla”, 2010. Tutkimuksessa tutkittiin X-5- ja X-8- koodeilla kuljettamatta jätettyjä potilaita ja heidän hakeutumistaan jatkohoitoon kolmen päivän sisällä saman oireen tai ongelman suhteen. Tutkimuskohteina olivat ne potilaat, joita ei ollut ohjattu päivystykseen. Tutkimuskohteina olivat myös hoitohenkilökunta ja heidän ammattitaitonsa tunnistaa tarvittava hoito ja kuljettamatta jääneiden perustelut. Tutkimuskysymykset olivat: ”Kuinka usein X-tehtävät johtivat potilaiden hakeutumisen terveydenhuollon päivystyspisteeseen samaisen oireen tai ongelman vuoksi kolmen vuorokauden kuluessa ensihoitohenkilöstön kohtaamisen jälkeen? Oliko samalla tulossyylä hoitoon hakeutunut otettu osastohoitoon? Olisiko kuljetus ambulanssilla ollut perusteltu jälkikäteen arvioiden? Onko ensihoitohenkilöstöllä riittävä valmius tunnistaa hoidon tarve? Ovatko X-kriteerit riittävät? Erottuiko tietty ikäryhmä, oire tai vamma käsitellyssä aineistossa?” Tutkimusongelma oli riittämätön kirjaaminen hoitoon ohjauksesta ensihoidossa, jolloin osaa tutkittavista hoitoon hakeutuneista ei voitu liittää ensihoitajien ohjeeseen, mutta ei myöskään kuljetuksen aiheetta jättämiseen. Tutki-

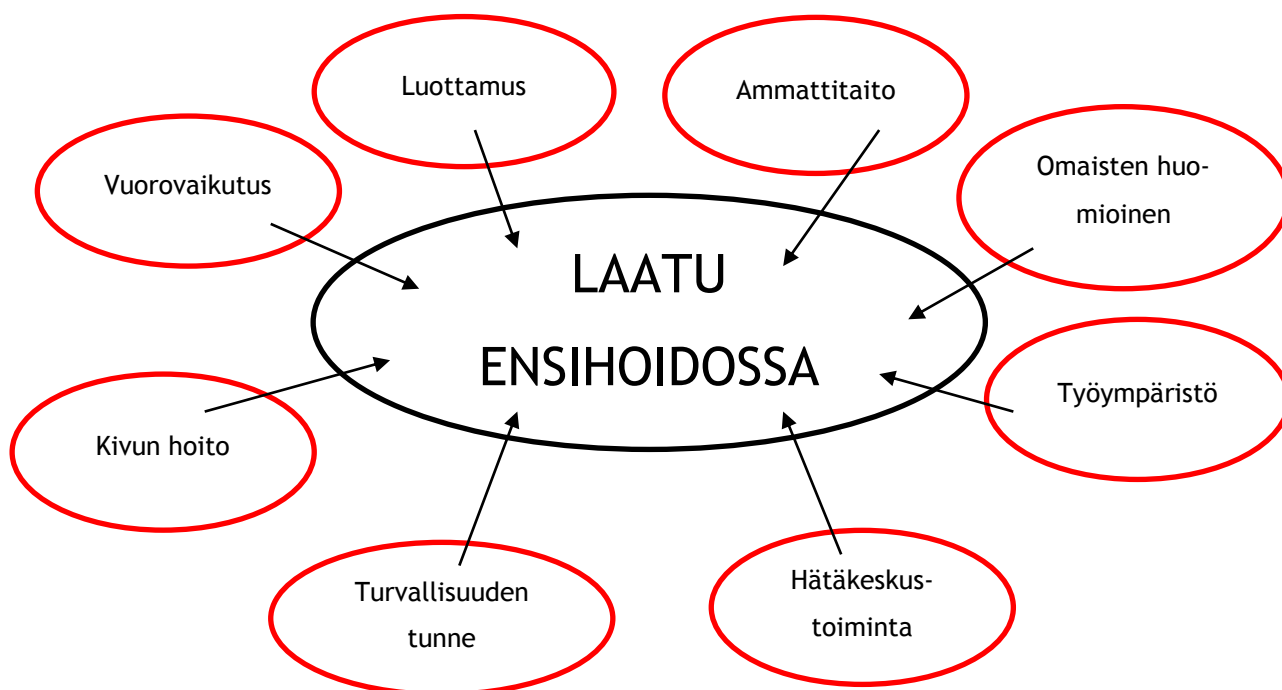
muksesta oli rajattu pois ulkopaikkakuntalaiset ja ne, joita oli ohjattu hakeutumaan lääkärille sekä henkilöstön tuntemat "ensihoitopalvelujen suurkuluttajat eli tässä tapauksessa päihdeongelmaiset. Tutkimustuloksissa ilmeni, että kaikista 147 asiakkaasta 28 (19 %) vastanneista hakeutui hoitoon kolmen päivän sisällä ensihoitohenkilökunnan kohtaamisesta, joista 16 (10,9 %) erikoissairaanhoidon ja 12 (8,2 %) perusterveydenhuoltoon. Yleisimmät koodit hoitoon hakeutuneilla olivat C745 (kaatuminen) ja C705 (äkillisesti heikentynyt yleistila). Muita yleisiä koodeja olivat C781 (vatsakipu) ja B/C704 (rintakipu). Samasta syystä, kuin josta hoitohenkilökunta oli kohdannut potilaat, hakeutui hoitoon 14 potilasta (9,5 %), joista neljässä tapauksessa lääkäriä ei oltu konsultoitu. Näissä 14:ssä yleisin syy oli C781(vatsakipu), joita oli yhteensä neljä. Vaikka päihdeongelmaisia olikin yritetty rajata pois tutkimuksesta, oli hoitoon hakeutuneista viidennes alkoholiratkaisun hakeneita. Alkoholiratkaisua hakeneista kaksi siirtyi katkaisuhoidon. Vatsakivun takia hoitoon hakeutuneita oli neljä. Näistä kaksi otettiin osastohoitoon, joista toisen vaivaa oli jo tutkittu viikkoja. Kaksi hakeutui hoitoon yleiskunnan laskun takia ja joutui sairaalahoitoon diagnooseina ruusu ja sydämen vajaatoiminta. Yksi tapaus oli vanhuksen kaatuminen ja hoitohenkilökunnan kohtaamisen syynä oli ollut huimaaminen ja kotona pärjäämättömyys. Tästä voidaan päätellä, että hoitohenkilökunta olisi voinut mahdollisella hoitoon kuljetuksella estää kaatumisen, jos kaatuminen oli johtunut huimauksesta. Pohdinnassa tutkijat tulivat tulokseen, että kolme kuljettamatta jääneistä potilaista olisi hyötynyt kuljetuksesta. He olivat vatsakipuiset ja yksi huimausta poteva asiakas. Kenellekään ei kuitenkaan tullut merkittävää haittaa kuljettamatta jättämisestä. Tutkimuksessa nousi esiin huolellisen potilaan tutkiminen, lääkärin konsultoinnin ja kattavan kirjaamisen merkitykset.

Lähdesmäki, Karjalainen & Paavola tutkivat vuonna 2009 opinnäytetyössä ”Potilaiden kokemuksia sairaalaan ulkopuolisesta ensihoidosta”. Opinnäytetyön aiheena oli selvittää potilaiden kokemuksia sairaalan ulkopuolisesta ensihoidosta. Tärkeimpänä tutkimuskohteena oli löytää mistä asiakastyytyväisyys koostuu ja mitkä asiat edistävät sitä. Tutkimuskysymykset: ”Miten avun hälyttäminen onnistui? Miten potilas ja omaiset otettiin huomioon ensihoidon aikana? Miten ensihoito koettiin kohteessa ja kuljetuksen aikana? Miten hoitopaikka valittiin ja miten siellä raportoititiin?” Tutkimus oli laadullinen ja tutkimusmenetelmänä oli haastattelu. Kohde-ryhmä koostui 18- 65 vuotiaista. Tutkimukseen osallistui 11 potilasta. Tutkimuskriteerein asiakkaalla oli oltava ensihoidollinen vamma tai sairaus ja tapahtumasta aikaa enintään 3kk ennen haastattelua. Kriteerinä tutkimuksessa oli myös kuljetuksen kuuluminen kiireellisyysluokkaan A, B tai C. Tutkimuksessa nousi esiin tyytyväisyys hätäkeskustoimintaan ja yksittäisinä tekijöinä esiin nousi vastausnopeus, kohtelu, puhelinneuvonta, reittineuvonta kohteeseen, avunsaannin nopeus ja puhelun yhdistyminen oikeaan hätäkeskukseen. Potilaan ja omaisen huomioimiseen ja kohtaamiseen tyytyväisyyttä toi rauhoittelu, itsensä esittely, turvallisuuden tunteen luominen, empaattisuus, henkinen tuki, potilaan kodista huolehtiminen ja tiedon antaminen. Tutkimuksessa tyytyväisyyttä hoidon toteutumiseen toi taustatietojen hankinta, perustutkimukset, potilaslähtöisyys, hyvät pohjatiedot, kliiniset taidot, lääkehoito ja välineistö.

Kuljetukseen ja valittuun jatkohoitopaikkaan tyytyväisyyttä lisäsivät mm. hoitopaikan valinta, kuljetusasento, voinnin seuranta kuljetuksen aikana, vuorovaikutus, lääkehoito, raportointi ja ambulanssin siisteys. Eniten tyytyväisiä tutkimuksessa oltiin henkilökunnan ystävällisyyteen, auttamisenhaluun, tiedonkeruuseen ja potilaan jatkuvaan voinnin seurantaan. Kyseisessä tutkimuksessa havaittiin kehittämiskohteiksi potilaan ja omaisten jatkuva tarpeiden huomiointi, hoitopaikkaan kuljettaminen hoidon tarpeen perusteella, tiedon jakaminen ja hoidon tason ylläpitäminen. Tutkimustuloksissa tuli esiin lisäksi 112- hätänumeron hyvä tunnettavuus.

3.1 Laatu ensihoidossa

Halonen ja Pennanen (2009) löysivät tutkimuksessaan ensihoitopalvelun laatuun vaikuttavat tekijät, jotka on kuvattu alla olevassa kuviossa.



Kuvio 1. Laatu ensihoidossa. Halonen ja Pennanen (2009).

Kosonen ja Luoma-Aho (2007, 11- 12) määrittävät laadun ensihoidossa asiantuntijapalveluksi. Palvelun laadun tulee vastata potilaan tarpeita ottaen eri sidosryhmät huomioon. Kuisma ym. (2008, 580- 582) kuvaavat laadun olevan myös moniulotteinen asia, ja yksittäistä oikeaa laatua ei ole olemassa. Kun hoitoalan ammattilaiset arvioivat hoidon laatua, keskittyvät he eri asioihin kuin asiakas, esimerkiksi nopea hoitoon pääsy voi olla asiakkaalle tärkeintä, kun hoitajat mieltävät hyväksi hoidoksi sen vaikuttavuuden. Yleensä hyväksi laaduksi hoitotyössä koetaan asiakkaan saama tarpeellinen, hyvä ja ammattitaitoinen hoito. Tämä tulisi kuitenkin toteuttaa ottaen huomioon kustannukset, lait, asetukset ja määräykset. Palvelun laatuun vaikuttaa potilaan kokemus ensihoidon tuoma hoidollinen apu. Siksi nykyään tutkitaan laatua

myös asiakkaan näkökulmasta, jotta saadaan todellinen kokonaisuus esiin. Asiakas on siis oman hoitonsa asiantuntija. Kosonen ja Luoma-Aho (2007, 11-12) lisäävät vielä hoidon tuoman turvallisuuden tunteen tärkeäksi osaksi laatua ensihoidossa.

3.1.1 Omaisten huomioiminen

Kuisma ym. (2008, 41) muistuttavat, että potilaan lisäksi myös omainen on kohdannut kriisin. Tämän vuoksi omaisen tiedottaminen potilaan tilasta ja jatkosta on tärkeää. Potilaan tietojen antaminen ei kuitenkaan ole aivan niin yksinkertaista. Ensihoidon laatuun vaikuttavista tekijöistä tutkimuksen tehnyt Lähdesmäki ym. (2009, 19-21) huomioivat tuloksissaan tarpeelliseksi potilaan ja omaisten tarpeiden huomioinnin. Myös hoitajan itsensä esittely, rauhoittelu ja empaattisuus koettiin tärkeänä. Tiedon antaminen varsinkin kuljetuksesta sairaalaan koettiin tärkeänä. Hirvonen ja Tikkanen (2006, 39) olivat kuitenkin tutkimuksessaan potilastyytyväisyydestä löytäneet kehityskohteeksi yksityisyyden suojaamisen ja siitä raportoinnin potilaan voinnista vain potilaan kuullen, ei muiden paikallaolijoiden. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä (559/1994) pykälän 17 mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöllä on salassapitovelvollisuus, eikä täten saa kertoa tai levittää työnsä kautta saatua yksityisen tai perheen salaisuutta ulkopuolisille.

3.1.2 Työympäristönä ambulanssi

Castrén ym. (2002, 75) kuvaavat laadukkaan sairaankuljetuksen sisältävän seuraavat asiat; ammattitaitoinen henkilökunta ja laadukkaat, kriteerit täyttävät ensihoitovälineet sekä EU-standardit täyttävä ambulanssi. Suomessa on vuodesta 2000 lähtien toteutettu eurooppalaista ambulanssin standardivaatimuksia. Standardi antaa ohjeita ambulanssin varusteista ja korirakenteesta ja EU-standardien tarkoituksen on turvata asianmukainen sairaankuljetusajoneuvossa matkustaminen (Toikka 2006). Halonen ja Pennanen (2009, 15) kuvailevat opinnäytetyössään hoitoyksikön hyvään toimintaympäristöön kuuluvaksi kattavat ja monipuoliset varusteet. Lisäksi ”tilava, valoisa ja lämmin” on ensihoidollisissa ja sairaankuljetustehtävissä ihanteellinen ympäristö toimia ja työskennellä. Lähdesmäki ym. (2009, 24) huomasivat tutkimuksessaan kokemuksia sairaalan ulkopuolisesta hoidosta, että ambulanssin sisätiloihin kiinnitetään vähiten huomiota. Tutkimuksessa nousi esiin kuitenkin myös siistit ja avarat tilat. Tässäkin tutkimuksessa painotettiin tärkeäksi riittävää tilaa potilaalle ja hoitajalle, jossa hoitaja mahduttaa myös työskentelemään.

3.1.3 Hätäkeskustoiminta

Vuonna 2001 perustettiin valtion virastona koko Manner-Suomen kattava hätäkeskuslaitos. Sen myötä toteutettiin hätäkeskusuudistus, jonka tarkoituksena on perustaa eri turvallisuusvi-

ranomaisten yhteisiä hätäkeskuksia. Hätäkeskuspäivystäjän työhön kuuluu siis hätäilmoituksen vastaanottaminen ja tehtävän välittäminen oikealle ja vastuulliselle viranomaiselle. Hän myös tukee muiden viranomaisten toimintaa. (Borisov, 2010, 9.)

Hätäkeskus vastaanottaa pelastustoimen, poliisin ja sosiaali- ja terveystoimen piiriin kuuluvia hätäilmoituksia sekä ilmoituksia, jotka liittyvät turvallisuuteen ja edellyttävät välittömiä toimenpiteitä. Ilmoitukset välitetään niille viranomaisille, joille tehtävä lain mukaan kuuluu. Hätäkeskus vastaanottaa myös erilaisia automaattisia hälytyksiä, kuten palohälytykset ja rikosilmoittimista tulevat hälytykset. Hätäkeskustoiminta on yhteiskunnan ylläpitämä, ja he ovat kansalaisille maksuttomia. Hätäkeskukset ovat auki vuoden jokaisena päivänä vuorokauden ympäri. Ahvenanmaalla hätäkeskustoiminta tapahtuu paikallisen lainsäädännön mukaisesti. Hätäkeskuslaitos toimii Sisäministeriön ja Sosiaali- ja terveysministeriön alaisena. (Borisov 2010, 9-10.)

3.1.4 Turvallisuuden tunne

Ryynänen ym. (2008, 17, 65) kuvaavat sairaankuljetuksen ja ensihoidon olevan hoitoprosessin ensimmäisen askeleen lisäksi myös ensimmäinen turvallisuuden tunnetta luova yksikkö. Rätty ja Sinivirta (2009, 12-14) lisäävät turvallisuuden tunteen kehittymiseen ensihoidossa kuuluvan uskon ja luottamuksen syntyminen potilaan omiin tarpeisiin vastaamalla. Myös luottamus palvelujärjestelmään lisää turvallisuuden tunnetta. Kuisma ym. (2008, 15) kuvaavat turvallisen potilaan ja ensihoitajan välisessä suhteessa tärkeimmäksi asiaksi empaattisuuden ensihoitajan puolelta. Ensihoitajan tehtäviin kuuluu auttaa potilasta terveyteen liittyvissä asioissa, jonka perusteella ensihoitajan tulee jakaa ajankohtaista tietoa esimerkiksi potilaan tilasta, hoidosta ja mahdollisesta jatkohoidosta. Lähdesmäki ym. (2009, 21) tutkimuksessaan potilaiden kokemuksista ensihoidon laadusta kertovat tutkimustuloksissaan, että avun saapumisen on koettu olevan rauhoittava ensihoidollisissa tehtävissä. Asiakkaat olivat kokeneet erityisen tärkeäksi turvallisuuden tunteen luomisen hoidon laadun kannalta. Myös ammattiauttajan läsnäolo oli synnyttänyt luottamusta tilanteeseen.

3.1.5 Kivun hoito

Kipu koetaan yleensä hyvin yksilöllisesti. Kivun eri muotoja yhdistävä tekijä on sen epämiellyttävyys. Kipu voi aiheuttaa erilaisia tunnetiloja, kuten pelkoa. Potilas itse tuntee kipunsa ja siksi sairaankuljettajan on pystyttävä ymmärtämään ja selventämään kivun laatu ja kipualue. Sairauksikuljettajan on ymmärrettävä erilaisia kipuja, jotta kipua voidaan hoitaa oikein. Yleisin kivun voimakkuuden mittaamisen apuväline sairaankuljettajalle on kipumittari. (Kultalahti 2010, 5-7.) Mittareista yleisin suullinen numeraalinen käytössä oleva mittari on NRS- mittari (Numeric Rating Scale). Mittarissa kerrotaan olevan lukemat 0-10 tai 0-100, ja potilas sijoittaa itse kivun lujuuden lukujen 0 ei lainakaan ja 10 tai 100 sietämätön kipu väliin. (Ivaska & Sep-

pälä 2008, 18.) Kivulla on myös fysiologisia vaikutuksia elimistössä verenpaineen laskuun, pulssin nousuun, ääreisverenkierron supistumiseen, ihon muuttumiseen kylmän hikiseksi ja pahoinvointiin liittyen. Oikeanlaisen ja tehokkaan kivun hoitamisen hyötyihin voi lukea toipumisen nopeutumisen, rasituksen väheneminen sydän- ja verisuonissa ja vähenevät terveydenhuoltomenot. Kivun hoidossa myös hoitajan läsnäolo, rauhoittaminen ja potilaan kivun todeta ottaminen saattavat olla kipua lieventäviä tekijöitä. (Iivanainen ym. 2006, 496.) Lähdesmäki ym. (2009, 27) lisäävät vielä kivunhoidon rauhoittavan potilasta akuuttitilanteessa. Ensihoidossa tulee huomioida nämä asiat, jotta kivun vaikutusta peruselintoimintoihin voidaan arvioida. Kipu voi vaikeuttaa elintoimintojen toimivuutta, mutta se voi myös ylläpitää niitä. (Kultalahti 2010, 10.) Kriittisen potilaan kuljetuksen aikana aikaa ei ole paljon, minkä vuoksi lääkityksen tulee olla oikea. Kuisma ym. (2008, 157) täsmentää, että lääkkeiden tulee mennä ”varmasti, nopeasti ja tarkasti”. Tämän takia avataan yleensä suoniyhteys laskimoon ja lääkkeet annetaan suonensisäisesti. Jos lääkehoito vaikuttaa nopeasti, voidaan myös sen vaikuttavuutta seurata nopeasti. Tällöin tulee muistaa myös mahdollisten haittavaikutusten ilmaantuminen yhtä nopeasti kuin toivotun vaikutuksen ja varautua niihin, kuten esimerkiksi allergiseen reaktioon. Lääkehoidon toteuttajan tulee olla perillä myös lääkkeen vasta-aiheista. Näissä tilanteissa tulee kuitenkin arvioida riskin ja hyödyn suhdetta.

3.1.6 Vuorovaikutus

Ensihoitajan työssä yksi tärkein ominaisuus on vuorovaikutus. Vuorovaikutusta on niin yksittäisten ihmisten kuin yhteisöjenkin välillä. Vuorovaikutus Suomen sanakirjan mukaan tarkoittaa tapahtumaa, jossa vuorovaikutussuhteessa olevat vaikuttavat jotenkin toisiinsa. Kuisma ym. (2008, 609) kuvaavat tapahtumaa myös vastavuoroisuudeksi ja jollain tapaa jopa keskinäiseksi riippuvuussuhteeksi. Luoto ja Rantanen (2009, 13-14) kuvaavat sanallisen ja sanattoman (verbaalin ja nonverbaalin) viestinnän merkitystä osaksi vuorovaikutusta. Sanatonta viestintää teemme esimerkiksi ilmeillä, eleillä, asennoilla ja jäykkyydellä. Sanaton ja sanallinen viestintä ovat myös yhteydessä toisiinsa, tukemalla toisiaan, jos niistä saama viesti on yhtäläinen. Sairaankuljettajan eleillä on siis suuri vaikutus potilaan käyttäytymiseen. Luoto ja Rantanen (2009, 14) antavat esimerkiksi päihtyneen potilaan kohtaamisesta, jolloin turhautuessaan sairaankuljettaja voi mahdollisesti kohdella potilasta epäkunnioittavasti.

3.1.7 Luottamus

Kärki (2007, 18-19) kertoo tutkimuksessaan, että hoitosuhteen lyhyys ei tulisi olla luottamuksen säilymisen ja edistämisen este. Hyvää luottamusta rakentavaa on esimerkiksi potilaan yksityisyyden turvaaminen. Luottamusta vahvistaa asiakkaan kohtaaminen ja potilaan vakavasti ottava sekä potilaan tarpeisiin asennoituva hoitaja. Hoidon etenemisen tulisi olla myös johdonmukaista ja selkeää, jossa mm. Kärki painottaa informaation antamista ja kysymyksiin

vastaamista. Myös itsensä esittelemisen ja oman nimikkeen kertominen on tärkeää. Näin tapahtuu vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välille ja hoitaja antaa itsestään jotain potilaalle, jolloin luottamus myös kasvaa. Kun potilas on ensihoidon tarpeessa, luopuu hän samalla osasta autonomiastaan joutuessaan muiden hoidettavaksi. Vaikka hoitosuhde onkin lyhyt ja potilas yleensä hyvin sairas ja avun tarpeessa, tulisi potilaan autonomiaa silti kunnioittaa. Hyvän asennon löytyminen tai potilaan oma vaikuttaminen siihen kumpaan käteen neste tiputetaan, ovat pieniä asioita, mutta saattavat olla potilaalle merkittäviäkin "oman elämän hallinnan" -tunteen vahvistavia tekoja, kuvaa Kärki. Rätty ja Sinivirta (2009, 12) lisäävät vielä, että sairaankuljettaja, joka ei ole saanut luottamusta, ei välttämättä saa kaikkia tarvittavia tietoja potilaalta.

3.2 Ensihoitoa ohjaavat lait ja asetukset

Suomen Perustuslain pykälän 6 mukaan ihmiset ovat yhdenvertaisia lain edessä (L 731/1999). Kansanterveyslaki pykälä 14 velvoittaa kuntaa vuoden 2011 loppuun huolehtimaan sairaankuljetuksen järjestämisestä sekä ylläpitämään lääkinnällisen pelastustoiminnan sekä paikallisiin olosuhteisiin nähden tarvittavan sairaankuljetusvalmiuden lukuun ottamatta sairaankuljetukseen tarvittavien ilma-alusten sekä kelirikokelpoisten ja vastaavanlaisten erityiskulkuneuvojen hankintaa ja ylläpitämistä (L 66/1972).

Terveystieteiden lakiesitys astui voimaan 1.5.2011. Pykälä 8 velvoittaa terveydenhuollon toimintayksiköiden laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta sekä potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksella säädetään suunnitelman sisältöön kuuluvat asiat. Pykälä 39 mukaan Sairaanhoidopiiriin kuntayhtymän tulee jatkossa järjestää ensihoitopalvelu. Palveluiden toteuttamiseen voidaan valita esimerkiksi pelastuslaitoksen tai se voidaan toteuttaa toisen sairaanhoidopiirin kuntayhtymän kanssa. Kunta tekee ensihoidon palvelutasopäätöksen, johon kuuluu ensihoidon järjestämistapa, palvelun sisältö, henkilöstön koulutus, tavoitteet kohteen tavoittamisajasta ja muut palvelun järjestämisen kannalta oleelliset asiat. Kunnan ei tarvitse kuitenkaan kilpailuttaa sairaankuljetuspalveluita. Minkä vaarana saattaa olla pienten, yksityisten yritysten häviäminen suurille organisaatioille, kuten pelastuslaitokselle, toteaa Mirkka Kultalahti (2010, 3). Ensivastetoiminta voidaan liittää osaksi ensihoitopalvelua, josta päättää sairaanhoidopiirin kuntayhtymä. Laissa määrätään myös antamaan pohjoismaiden kansalaisille äidinkielellään hoitoa Suomessa. Kunnan on järjestettävä tarvittaessa tulkkipalvelut. Terveystieteiden lakiin on sisällytetty eri erikoissairanhoidon osa-alueita, mutta sairaankuljetukseen osa-aluetta ei lakiin ole liitetty. 1.5.2011 astui voimaan kuitenkin uusi sosiaali- ja terveysministeriön asetus ensihoitopalveluista. Lastensuojelulaki pykälä 25 velvoittaa hoitohenkilökuntaa tekemään lastensuojeluilmoituksen, jos he havaitsevat lapsen terveydelle ja kehitykselle haitallisen olosuhteen (L 417/2007).

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006) on laatinut ohjeet päihtyneen asiakkaan hoidosta, jossa täsmennetään, että päihtymys ei saa olla esteenä palvelun saannille. Asiakasta tulee kohdella kunnioittavasti ja arvostavasti. Päihtyneen potilaan on saatava osallistua hoitonsa päätösten tekoon. Asetus sairaankuljetuksesta pykälän 2 mukaan ”sairankuljetus tarkoittaa ammatti- maista, asianmukaisen koulutuksen saaneen henkilökunnan toimesta sairaankuljetusajoneuvolla, vesi- tai ilma-aluksella sekä muulla erityisajoneuvolla tapahtuvaa henkilökuljetusta ja ennen kuljetusta tai kuljetuksen aikana annettavaa ensihoitoa, joka johtuu sairaudesta, vammautumisesta tai muusta” (565/1994).

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen pykälä 3 selventää, että ensin tulee selvittää asiakasryhmän tarpeet, vaatimukset ja odotukset laadun suhteen, jotta hyvää laatua on mahdollista tuottaa. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä pykälän 2 mukaan (L 1200/2007) tarkoittaa henkilöä, joka on lakiin perustuen saanut ammatinharjoittamisoikeuden eli on laillistettu terveydenhuollon ammattihenkilö. Jos henkilö on saanut ammatinharjoittamisluvan tai hänellä on oikeus käyttää myös terveydenhuollon ammattinimikettä, kutsutaan tätä nimikesuojatuksi ammattihenkilöksi. Henkilö, jolla on riittävä koulutus, kokemus ja ammattitaito voi toimia nimikesuojatussa ammatissa. (L 559/1994.) Tästä esimerkkinä ostopalveluna tai järjestämismääräyksen alaisena toimivat palomiessairankuljettajat, jotka voidaan käytännössä katsoa terveydenhuollon edustajiksi. Heitä koskevat samat oikeudet, velvollisuudet ja määräykset (Kuisma ym, 2008, 109.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä pykälän 17 mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöä sitoo salassapitovelvollisuus salaisuuksista, joita hän työssään kohtaa yksilön tai perheen kohdalla. Näitä tietoja ei saa luovuttaa sivullisille. Salassapitovelvollisuus jatkuu työsuhteen päättymisen jälkeenkin. (L1200/2007.)

Erikoissairaanhoitolaki pykälässä 10 liitetään lääkinällisen pelastustoimen osaksi erikoissairaanhoitoa. Laki myös velvoittaa Sairaanhoitopiirin kuntaliiton tarjoamaan terveyskeskuksille erikoissairaanhoidon palveluja, joita terveyskeskuksen ei ole tarkoituksenmukaista tuottaa. Erikoissairaanhoidon tulee vastata alueellaan tapahtuvasta ohjaus-, tutkimus-, kehittämis- ja koulutustoiminnasta. (L 1062/1989.) Castrén ym. (2005) huomattavat kuitenkin, että vaikka lääkinällinen pelastustoimi liitetään erikoissairaanhoitolakiin, ja sen tulisi myös osallistua työn kehittämiseen. Tällä ei painoarvoa juurikaan ole, koska määräyksen sisällöstä ei ole ohjeita ja näin kehittämis- ja tutkimustyö jää erittäin tulkinnanvaraiseksi.

Laki potilaan asemasta ja oikeudesta pykälä 3 velvoittaa jokaiselle Suomessa asuvalle oikeuden laadultaan hyvään terveyden ja sairaanhoitoon. Hoito tulee järjestää ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä kunnioittaen. Laki velvoittaa antamaan potilaalle riittävän tiedon hänen terveydentilasta, hoitovaihtoehtoista, hoidon vaikutuksista ja merkityksestä. Tiedon antaminen tulee tapahtua riittävän selkeästi niin, että potilas ymmärtää sen sisällön ja voi tehdä päätöksiä hoitonsa suhteen riittävillä tiedoilla. Jos tiedon antaminen aiheuttaisi vaka-

vaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle, ei sitä tule antaa. Pykälä 6 kertoo, että potilaan hoidon tulisi tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa ja, että potilaan kieltäytyessä hoidosta tulisi häntä hoitaa yhteisymmärryksessä muulla lääketieteellisesti hyväksytyllä tavalla. Jos potilas ei itse pysty päättämään hoidostaan Esimerkiksi kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi, hoitopäätöksen teko kuuluu tällöin hänen lähiomaiseen tai lailliselle edustajalleen. Jos tähän ei saada kuitenkaan selvennystä, toimitaan potilaan parhaaksi nähdyn edun mukaisesti. Jos päätöksen hoidosta antaa laillinen edustaja tai lähiomainen, tulee heidän kuitenkin toimia potilaan tahdon mukaisesti tai potilaan henkilökohtaista etua tavoitellen. Jos yhteisymmärrystä ei saada aikaan laillistetun edustajan tai lähiomaisen kanssa, tulee hoito-henkilökunnan toimia potilaan edun mukaisesti. (L 785/1992.)

Kuisma ym. (2007, 20) huomauttavat, että ensihoidon ja sairaankuljetuksen lakien menevän eri polkua. Jatkuvasti kehittyvä ensihoito ja sairaankuljetus toimivat vanhojen, eri aikakauden kehitettyjen lakien voimin, jotka eivät tue tai ohjaa nykypäivän sairaanhoidon kehitystä, kuten lain tulisi. Epäselvinä asioina ovat olleet mm. kehittäminen, valvominen ja vastuu ensihoidollisissa sairaankuljetuksellisissa tehtävissä. Tämän vuoksi uudelle voimaan tulleelle terveydenhuollon lakiesitykselle asetettiin odotuksia ensihoitoa ja sairaankuljetusta koskevaan lainsäädäntöön.

3.3 X- Koodit

Sairaan kuljetustehtävä ei aina johda potilaan kuljettamiseen terveydenhuollon päivystyspisteeseen. Sairaan kuljetuksellisia tehtäviä, jotka eivät johda kuljetukseen, kutsutaan X- koodiksi. X- koodilla olevat kuljettamatta jääneet tehtävät ovat vielä vähän tutkittu alue, vaikka X- koodien määrä kuljetustehtävistä on lisääntynyt. Sairasvakuus korvaa sairaan kuljetuksesta aiheutuneet kustannukset potilaalle, jos kuljetus on perusteltua sairauden hoidon vuoksi. Jos sairaan kuljetus peruuntuu tuloksettoman elvytyksen, lääkkeellisen hoidon tai hätäkeskuksen kautta saadun tehtävän, jonka aikana on kuitenkin konsultoitu lääkäriä ja potilas jää kohteeseen, korvaa sairaasvakuus kuljetuksen. Tehtävät, joita sairaankuljetusyksiköt hoitavat, ovat hyvin erilaisia. Potilaan tila ei aina vaadi saman tien tapahtuvaa kuljetusta sairaalan tai terveyskeskuksen päivystykseen. Tällöin potilas voi jäädä kohteeseen. Tämä on niin potilaan kuin terveydenhuollon ja yhteiskunnankin etu. (Kuisma 2008, 111- 113.)

Kuljettamatta jättäminen ei ole kuitenkaan niin yksinkertaista, esimerkiksi Vilhunen (2009, 17) on huomauttanut, että potilaan kuljettamatta jättäminen on oikeusturvallinen kysymys niin potilaalle, potilaan omaisille, kuin ensihoitajallekin. Himanen ja Tillanen (2009, 17- 18) lisäävät potilaan huolellisen tutkimisen, haastattelun ja potilastietojen kirjaamisen eli dokumentoinnin tärkeäksi. Näissä tapauksissa ensihoitajan kannattaa tarttua herkästi lääkärin konsultaatioon jo oman oikeusturvan takia, jotta kuljettamatta jättäminen on tarpeeksi perusteltua. Potilaat eivät välttämättä ymmärrä etukäteen, että kuljetus ei ole tarpeellinen. Potilas-

ta tuleekin ohjata ja antaa selkeät ohjeet kuinka toimia oireiden tai sairauden pahentuessa (Vilhunen 2009, 17). Liite 3.

3.3.1 Koodi X-5

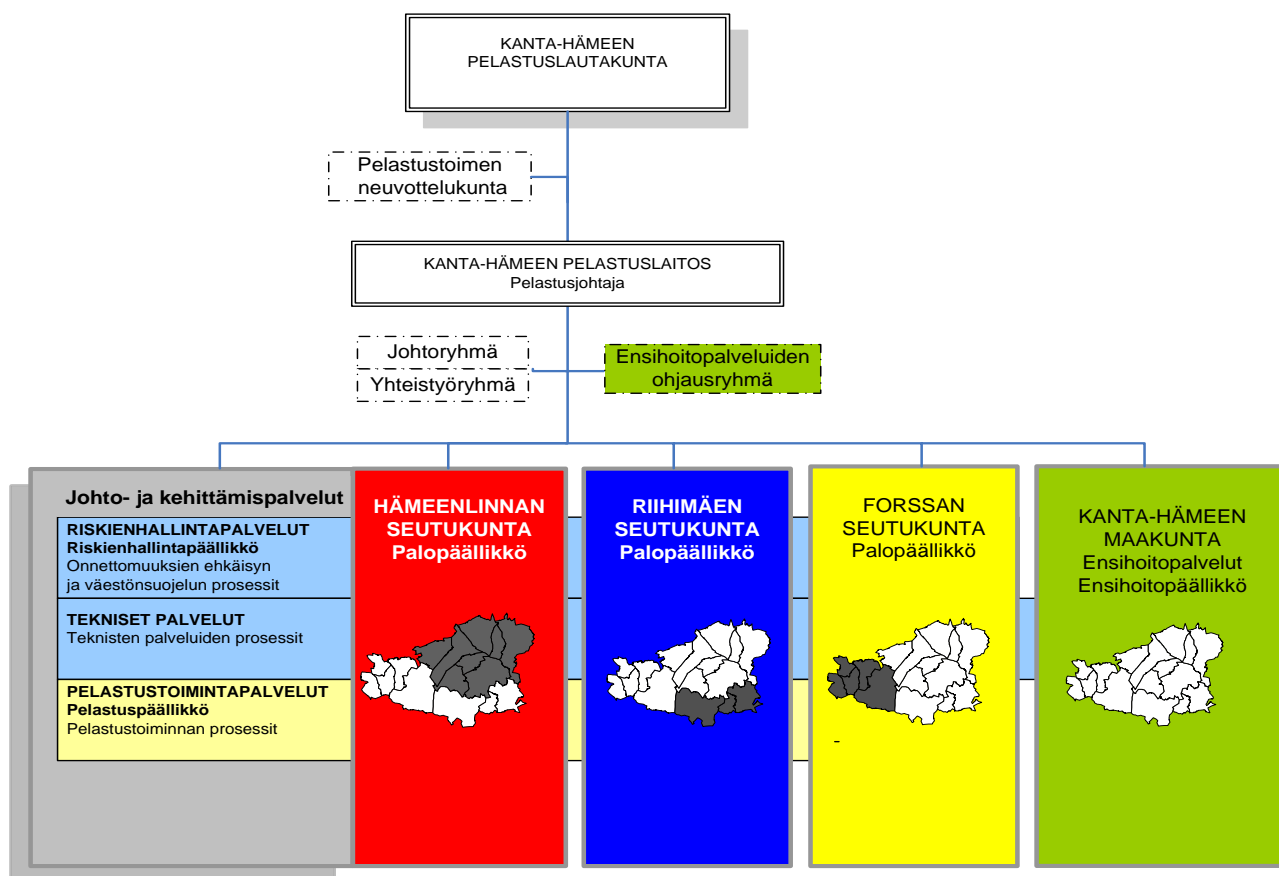
Nykyään terveyskeskuksen päivystykset ovat ruuhkautuneet, koska ihmisten keski-ikä nousu on aiheuttanut mm. monisairauksia, mikä tarkoittaa terveydenhuollon palvelujen kysynnän nousemista ja, että kotiapua kuten esimerkiksi kotisairaanhoidoa ei ole tarpeeksi tarjolla. Jos apua ei ole saatavilla, voi potilas nähdä ainoaksi avuksi jäädä hätäkeskukseen soittamisen. Nämä tilanteet ovat usein ratkaistavissa jo paikan päällä. Nykyajan uudet hoitomahdollisuudet, esimerkiksi EKG:n ottaminen jo kohteessa sekä sairaankuljettajan ja ensihoitajan taito tulkita tuloksia tai lähettää EKG- nauha päivystävälle lääkärille mahdollistavat hoidon arvioinnin jo kohteessa. Näissä tapauksissa tulee kuitenkin muistaa, että jos esimerkiksi juuri EKG- nauhalla ei poikkeavaa syytä löydy, tulee esimerkiksi rintakipuisen kivun syy selvittää. Sairaankuljetuksen henkilökunnan, ja potilaan ja omaisten välinen ristiriita kuljetuksen tarpeellisuudesta päivystysvastaanotolle voi tehdä tilanteesta epämiellyttävän. Nämä tilanteet joutavat helposti kanteluun, jonka vuoksi tilanteessa on hyvä konsultoida lääkärä, kertoa potilaalle ja omaisille suulliset ohjeet sekä jättää lisäksi kirjalliset ohjeet, jos kyse on jatkohoitoon hakeutumisesta. Tiedot, jotka sairaankuljettaja tai ensihoitaja on potilaan ja omaisten kanssa jakanut, tulee kirjata selkeästi hoitokertomukseen. Hoitokertomukseen tulee myös kirjata kerrotusta neuvosta soittaa tarvittaessa uudestaan hätäkeskuksen, jonka puhelinnumero on 112. (Kuisma 2008, 106- 107.)

3.3.2 Koodi X-8

Vaikka hätäkeskuksen puhelinnumeroon soitto on ollut aiheellinen, ei potilasta aina tarvitse välttämättä kuljettaa päivystysvastaanotolle. Näissä tapauksissa hoito on pystytty toteuttamaan kohteessa niin, ettei jatkokuljetukselle ole tarvetta. (Himmanen & Tillanen 2010, 20.) Kuisma ym. (2008, 108) kertoo yhtenä esimerkkinä alhaiset verensokerit (hypoglykemia) diabeetikolla. Verensokerien nostaminen hoitotasolle ei yleensä tarvitse sairaalahoitoa, vaan potilas voidaan hoitaa kohteessa tiputtamalla laskimoon sokeriliuosta. Sen valitaanko potilaan kuljetuksen jättämisen syyksi X-5 vai X-8 - koodi on merkittävä sairausvakuuden vuoksi. Kela korvaa X-8 merkityt koodit, mutta Kuisma (2008, 108) huomauttaakin, että valitessa X-8 koodi, tehtävän on pitänyt tulla hätäkeskuksen kautta, lääkitys on tapahtunut vain laskimoon, lihakseen tai hengitysteihin käyttäen ensihoidon erikoisvälineitä, tällaisesta asiasta on konsultoitu lääkärä tai sairaankuljettajan tai ensihoitajan ammattitaito on ollut välttämätöntä kohteessa. Muissa tapauksissa tulisi valita X-5 koodi.

4 KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOS

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen johto koostuu pelastusjohtajasta, kahdesta pelastuspäälliköstä ja ensihoitopäälliköstä. Vakinaista henkilöstä pelastuslaitoksella on yhteensä 200 henkeä ja sivutoimiseen henkilöstöön kuuluu 400 henkeä.



Kuvio 2. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen organisaatio 2011)

Kanta-Hämeen pelastuslaitos tuottaa ensihoitopalveluita sopimuksen mukaan Forssan-, Hämeenlinnan-, Humppilan-, Jokioisten-, Tammelan-, Ypäjän-, Janakkalan- ja Riihimäen alueilla. Hämeenlinnan toimialueella Kanta-Hämeen pelastuslaitos tuottaa ensihoitopalvelut Hämeenlinnassa ja Janakkalassa. Pelastuslaitos toimii ensivastetoiminnan järjestäjänä Hämeenlinnan seutukunnissa. Hattulassa toimii yksityinen sairaankuljetusyritys. Forssan toimialueella Kanta-Hämeen pelastuslaitos tuottaa ensihoitopalvelut Forssassa, Tammelassa, Jokioisissa, Ypäjässä ja Humppilassa. Someron, Urjalaan ja Loimaan alueilla toimii varavalmiudessa sovusti Forssan ensihoitoyksiköt. Ensihoitotehtäviä vuonna 2010 Kanta-Hämeen pelastuslaitoksella oli yhteensä 21 129 kpl, näistä vuorokaudessa keskimäärin tehtäviä oli 58 kpl. Ensihoitotehtävät jakautuivat kunnittain seuraavasti, Forssa 4266, Hämeenlinna 10107, Riihimäki 4835 ja Janakkala 1921. Kohteen tavoittamisviive keskimäärin kiireellisyysluokissa A- D oli 10:02 sekuntia, joka jakautui kiireellisyysluokkien mukaan seuraavasti; A 8:41sekuntia, B 7:39s, C

10:48s, D 10:59.s. Keskimäärin tehtävän kesto oli 57:65 s, josta potilaan peruselintoiminnot oli määritelty ja hoidot aloitettu keskimäärin 15:26s:ssa (Kanta-Hämeen pelastuslaitos, Ensihoitopalvelu, Vuosiraportti 2010.) Taulukko 1, Kuvio 3.

Yksikössä HL4 toimii lääkintäesimies, jonka tehtävänä on toimia Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoidon työnjohdollisen ja operatiivisen työn koordinoijana ja vastaavana. Hämeenlinnan alueella yksiköt ovat sijoitettu hajasijoituksella vasteajan lyhentämiseksi. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen yksiköt, miehitys, valmiudet ja asemapaikat ovat kuvattu taulukossa (TAULUKKO 1). Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen tuottamat palvelut ja hoito ovat tasalaatuisia sijainnista riippumatta. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen sidosryhmät ovat Hämeen hätäkeskus, Poliisi, Kela, Kanta-Hämeen sairaanhoitopiiri, Hämeenlinnan terveystalot - liikelaitos, Forssan seudun terveydenhuollon kuntayhtymä ja Riihimäen seudun terveystalokeskusten kuntayhtymä. (Kanta- Hämeen pelastuslaitos 2011.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Tutkimuksen tavoitteet olivat seuraavat:

1. Miten potilaat kokivat ensihoidon laadun.
2. Mitkä ovat ensihoitajien hyvin toimivia ja luotettavia työmenetelmiä.
3. Ensihoitopalveluiden laadun tarkkaileminen, parantaminen ja vertailu.
4. Parantaa yhteistyötä eri toimialueiden kesken (Forssa, Hämeenlinna ja Riihimäki).

6 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimuksella, jossa käytimme Halosen ja Pennasen (2009) kehittämää 5-portaista likert -asteikkoista tutkimuslomaketta. Vastausvaihtoehdot olivat eri mieltä, lähes eri mieltä, en osaa sanoa, lähes samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Halonen ja Pennanen (2009) esittelivät tuloksensa yhdistäen eri mieltä ja lähes erimieltä vastaukset tyytymättömiin asiakkaisiin ja samaa mieltä ja lähes samaa mieltä tyytyväisiin asiakkaisiin, en osaa sanoa kysymyksiä ei käsitelty tutkimuksessa. Päätimme tutkimuksessamme esittää tulokset Halosen ja Pennasen (2009) tutkimusesittelystä poikkeavasti ja esittää tutkimustulokset kuvioina niin, että jokaiseen vastausvaihtoehtoon saadut vastaukset näkyvät diagrammeina. Tutkimuksessa tutkittiin ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta, ambulanssihenkilöstön ammattitaitoa, hoitotapahtuman yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta sekä jatkohoitopaikkaan kuljetettujen ja kohteessa hoidettujen kokemaa laatua. Käsittelemme tulokset teemoittain. Hämeenlinnan ja Forssan tulokset esittelemme samassa diagrammissa, jotta tutkimustavoitteena ollut tulosten vertailu olisi visuaalisesti helpompaa. Olemme laskeneet jokaiseen väittämään keskiarvon, joka esitellään tulosten lopussa. Esittelemme diagrammeina

yhteenlasketut tulokset ja erittelemme vastanneiden iän kirjallisesti kunkin tutkimustuloksen yhteyteen. Olemme lisänneet vapaa sana -osiosta suoria lainauksia tutkimustulosten yhteyteen. Jokaisen väittämän keskiarvo arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) ilmoitetaan väittämän kappaleen lopussa.

Tutkimuskohteena olivat tietyin kriteerein (Liite 2) poimittujen henkilöiden saama kuva ensihoidollisissa tehtävissä. Kriteerit ovat laadittu, jotta tutkimustulos olisi luotettavampi ja vertailukelpoisempi. Marjo Halosen ja Kirsi Pennasen (2009) tutkimuksessa, jossa mitattiin Riihimäen alueen asiakastytyytyväisyyttä, käytettiin samoja kriteereitä. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Forssan ja Hämeenlinnan toimipisteissä valitut henkilöt suorittivat poiminnan, jotta asiakassuoja säilyi.

Tutkimuslomakkeet lähetettiin kirjekuoressa tutkimukseen valituille henkilöille ja he täyttivät kyselylomakkeen, minkä jälkeen he postittivat ne kahden viikon sisällä tutkittavan alueen toimipisteeseen. Tämä sen vuoksi, että luottamus tutkimusta kohtaan olisi suurempaa, kun vastaukset lähetetään suoraan pelastuslaitokselle eikä tutkijoille kotiin. Pienen vastausprosentin nostamiseksi otimme tutkimukseen mukaan myös kaksi viikkoa myöhemmin saapuneet vastauslomakkeet. Tutkijat noutivat avaamattomat vastauskuoret pelastuslaitoksilta, minkä jälkeen syöttivät tulokset SPSS- tutkimusohjelmaan. Tämän jälkeen tehtiin tulosten yhteenvehto ja pohdinta, joka tuli olemaan yksi suurimmista haasteista opinnäyteyöprojektin aikana, koska tässä mitataan tutkijoiden kykyä kritisoida sekä poimia oleelliset asiat tutkimuksen luotettavuuden ja tuloksen kannalta.

Halonen ja Pennanen (2009) löysivät tutkimuksessaan kehityskohteeksi mittarin luotettavuutta ja ymmärrettävyyttä mahdollisesti selkeämmäksi tekevän käyttämällä erillisiä tutkimuskyselyjä jatkohoidon ja kohteessa hoidettujen kesken. Halosen ja Pennasen työtä tutkittaessa tuloksissa oli selvästi epäselvyyttä johtuen väärin täytetyistä tutkimuslomakkeista. Sekoittavana tekijä on luultavimmin ollut luulo, että kaikkiin kysymyksiin vastataan, vaikka lomakkeessa olikin eritelty erikseen kuljetetut ja X- koodilla hoidetut. Tässä tutkimuksessa tutkijat päätyivät käyttämään erillisiä tutkimuskyselyjä jatkohoitoon kuljetetuille ja X- koodilla hoidetuille selkeyttääksemme tutkimustulosta ja parantaaksemme tutkimuksen luotettavuutta sekä tehdäksemme tutkimuskyselystä tutkittaville helpommin ymmärrettävän. Kehitimme Halosen ja Pennasen (2009) mittaria erottamalla tutkimuksen eri kohderyhmille omat kyselykaavakkeet, jotta tutkimukseen osallistuva vastasi ainoastaan hänen kokemaansa ensihoitopalvelu tapahtumaan. Analysoimme jokaisen tutkimuskohdan erikseen ja teemoittain. Teemat ovat ambulanssihenkilöstön yleinen olemus, ambulanssihenkilöstön ammattitaito, hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus, jatkohoitopaikkaan kuljetetut ja kohteessa hoidetut. Tutkimuksemme kuului myös vapaa sana -osio, johon vastaajalla oli mahdollisuus tuoda esiin en-

sihoitoa koskevia omia mietteitä. Olemme hyödyntäneet osiosta esille nousseita asioita ja liittäneet suoria lainauksia kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän tulosten tueksi.

Tutkimusongelmana on Halosen ja Pennasen (2009) kehittämän mittarin luotettavuus, sillä mittarin käytössä on ollut epäselvyyttä eri kohderyhmien osalta vastauksissa. Toinen tutkimusongelma on vähäinen vastausprosentti aiemmissa tehdyissä tutkimuksissa, joissa tutkimuskohteena on ollut ensihoito. Kolmantena tutkimusongelmana on tutkittavan organisaation työntekijän luotettavuus poimintaa suorittaessaan. Mahdollinen tutkimusongelma voi olla myös potilaiden hätä. Kun ihmisellä on hätä ja hän tarvitsee apua, voi kiitollisuus olla suurta, eikä silloin palvelun laatuun saateta kiinnittää huomiota. Kiitollisuuden tunteen alla voi myös jättää kertomatta ensihoidon aikana tapahtuneista negatiivisista kokemuksista.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Lähetimme yhteensä 225 kyselylomaketta, joista 175 kyselylomaketta kuljetetulle potilaalle ja 50 kohteessa hoidetulle potilaalle niin Hämeenlinnan alueelle kuin Forssaankin. Hämeenlinnan alueelta palautui 72 vastauslomaketta, näin vastausprosentiksi muodostui 32,0 %. Palautuneista lomakkeista 50 vastauslomaketta oli kuljetettujen ja 22 kohteessa hoidettujen. Vastausprosentiksi kuljetetuille muodostui 28,6 % ja kohteessa hoidetuille 44,0 %. Kuljetetuista 0-18-vuotiaita oli yksi, 19-63-vuotiaita oli 11 ja 64-100-vuotiaita oli 36. Kohteessa hoidettu ja 0-18-vuotiaita oli kaksi, 19-63-vuotiaita seitsemän ja 64-100-vuotiaita oli 13. Tutkimukseen vastanneista miehiä oli 31 ja naisia 39, kaksi vastanneista ei ilmoittanut sukupuoltaan. 0-18-vuotiaista vastasi kolme, joista yksi (33,3 %) oli mies ja kaksi oli (66,7 %) naista. 19-63-vuotiaista vastasi 18, joista 11 (61,1 %) oli miehiä ja seitsemän (38,9 %) oli naisia. 64-100-vuotiaista vastasi 49, joista 19 (38,8 %) oli miehiä ja 30 (61,2 %) naisia. Kaksi ei ilmoittanut ikäänsä. Vastausprosentiksi 0-18-vuotialle tuli 4,3, 19-63-vuotiaille 25,7 ja 64-100-vuotiaille 70.

Forssan alueelta palautui 72 vastauslomaketta, näin vastausprosentiksi tuli 32,0 %. Palautuneista lomakkeista 53 vastauslomaketta oli kuljetettujen ja 19 kohteessa hoidettujen asiakkaiden. Vastausprosentiksi kuljetetuille muodostui 30,3 % ja kohteessa hoidetuille 38,0 %. Kuljetetuista 0-18-vuotiaita oli kolme, 19-63-vuotiaita oli 13 ja 64-100-vuotiaita oli 35. Kohteessa hoidetuista 0-18-vuotiaita oli yksi, 19-63-vuotiaita oli neljä, 64-100-vuotiaita oli 14. Tutkimukseen vastanneista oli miehiä 28 ja naisia 39. Kaksi vastanneista ei ilmoittanut sukupuoltaan. 0-18-vuotiaista vastasi neljä (100,0 %), jotka olivat kaikki naisia. 19-63-vuotiaista vastasi 17, joista yhdeksän (52,9 %) oli miehiä ja kahdeksan (47,1 %) naisia. 64-100-vuotiaista vastasi

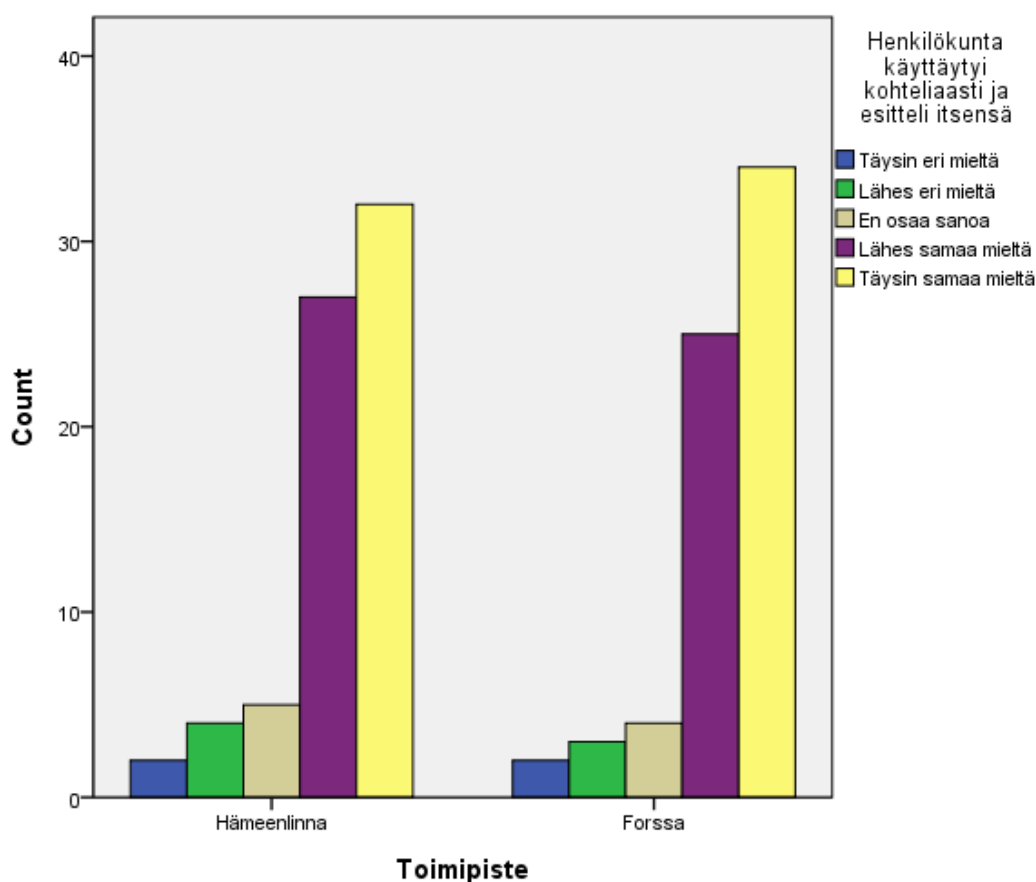
49, joista 19 (38,8 %) oli miehiä ja 30 (61,2 %) naisia. Kaksi ei ilmoittanut ikäänsä. Vastausprosentiksi 0-18-vuotiaille tuli 5,7 %, 19-63-vuotiaille 24,3 % ja 64-100-vuotiaille 70,0 %.

Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Hämeenlinnan- ja Forssan toimialueiden tutkimustulokset ovat esitetty taulukossa. (Liite 7 ja liite 8)

7.2 Ambulanssihenkilöstön yleinen olemus

Ensimmäisen teeman väittämät koskivat ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta. Teema sisältää kolme väittämää; henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja esitteli itsensä, asusteet ja olemus olivat asianmukaiset ja henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuuden tunteen.

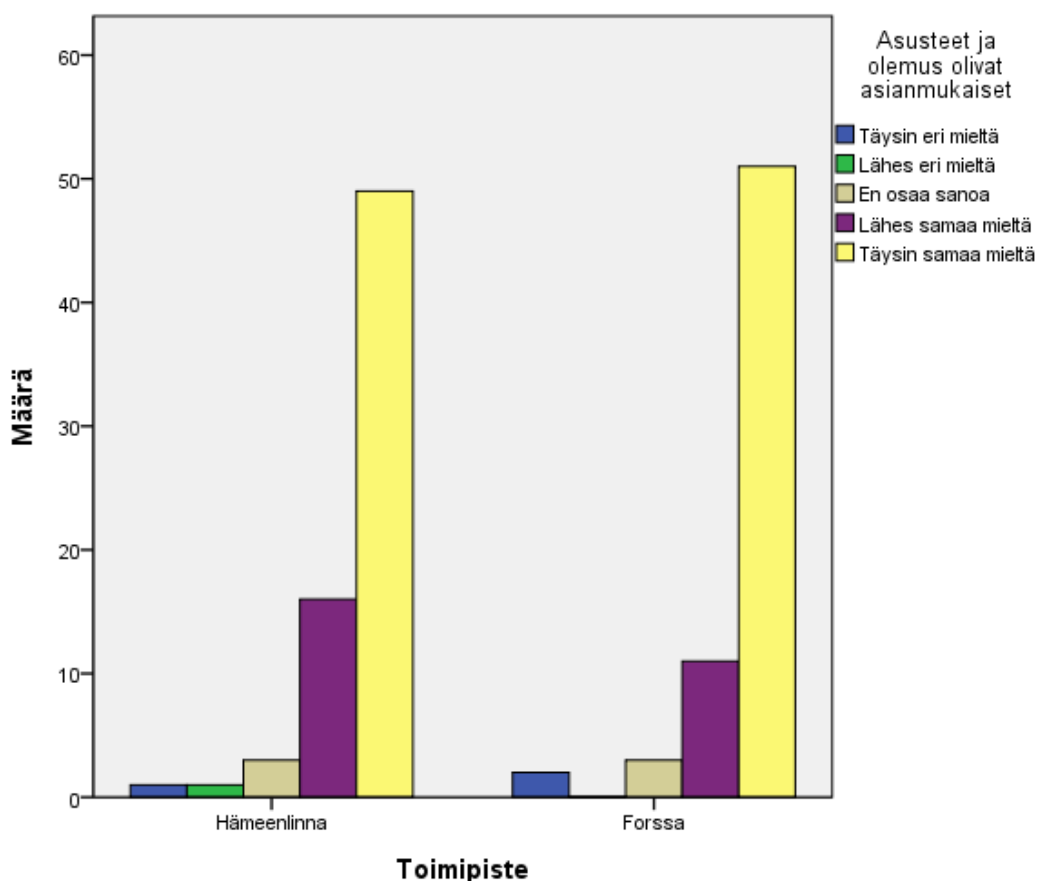
Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5.



Kuvio 4. Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja esitteli itsensä

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 70. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (2,1 %), lähes eri mieltä oli neljä (4,2 %), en osaa sanoa viisi (6,3 %) lähes samaa mieltä 27 (39,6 %) ja täysin samaa mieltä 32 (47,9 %). Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, joista yksi (33,3 %) oli melkein samaa mieltä ja kaksi (66,7 %) oli täysin samaa mieltä. 19- 63-vuotiaita vastasi 18, joista yksi (5,6 %) oli täysin eri mieltä, kaksi (11,1 %) oli lähes eri mieltä, kaksi (11,1 %) vastasi en osaa sanoa, seitsemän (38,9 %) oli lähes samaa mieltä ja kuusi (33,3 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 48, joista yksi (2,1 %) oli täysin eri mieltä, kaksi (4,2 %) oli lähes eri mieltä, kolme (6,3 %) ei osannut sanoa, 19 (39,6 %) oli lähes samaa mieltä ja 23 (47,6 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,4.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 67. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (3,0 %), lähes eri mieltä oli kolme (4,5 %), en osaa sanoa neljä (6,0 %), lähes samaa mieltä 25 (37,3 %) ja täysin samaa mieltä 33 (49,2 %). Neljä jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä, joista yksi (25,0 %) ei osannut sanoa, yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kaksi (50,0 %) oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 17, joista kaksi (11,8 %) oli täysin eri mieltä, kahdeksan (47,1 %) oli lähes samaa mieltä ja seitsemän (41,2 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 46, joista kolme (6,5 %) oli lähes eri mieltä, kolme (6,5 %) ei osannut sanoa, 16 (34,8 %) oli lähes samaa mieltä ja 24 (52,2 %) oli täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,3.

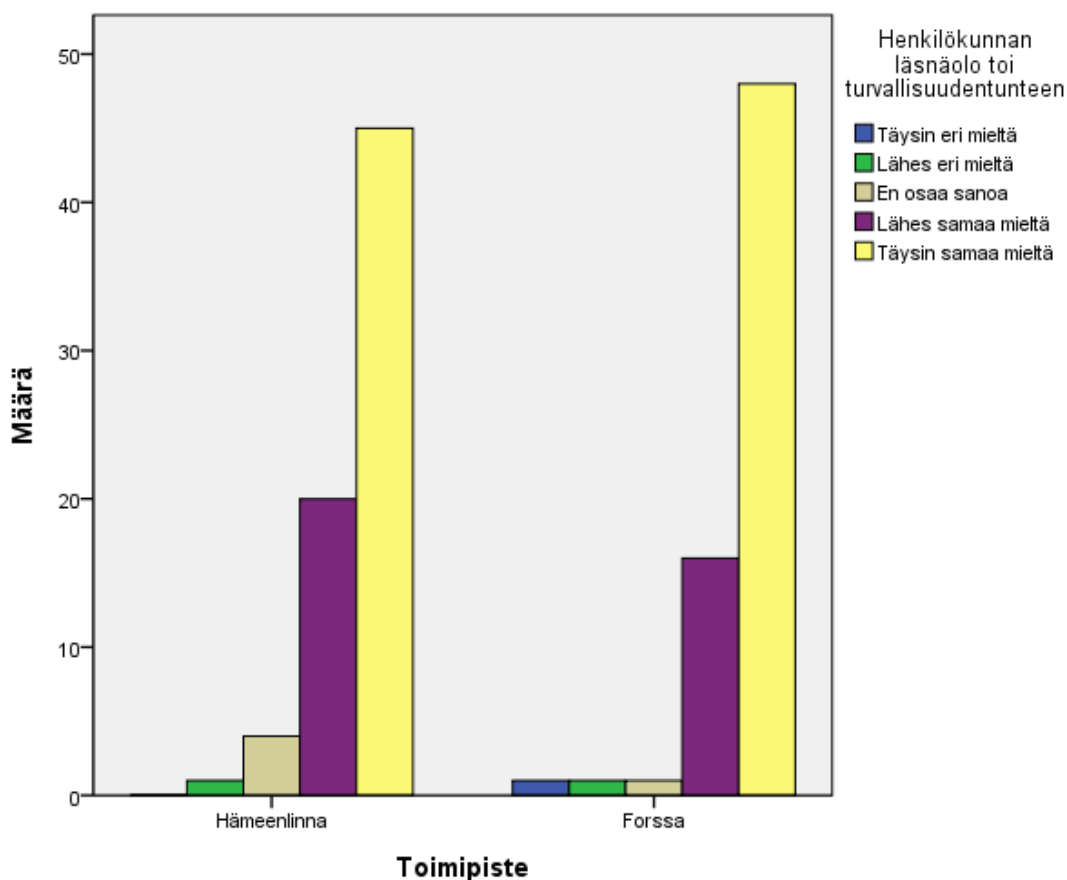


Kuvio 5. Asusteet ja olemus olivat asianmukaiset

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 70. Täysin eri mieltä oli yksi (1,4 %), lähes eri mieltä oli yksi (1,4 %), en osaa sanoa vastasi kolme (4,3 %), lähes samaa mieltä oli 16 (22,9 %) ja täysin samaa mieltä oli 49 (70 %). Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, joista kaikki (100 %) olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 18, joista yksi (5,6 %) oli täysin eri mieltä, viisi (27,8 %) oli lähes samaa mieltä ja 12 (66,7 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 48, joista yksi (2,1 %) oli lähes eri mieltä, kolme (6,3 %) ei osannut sanoa, 11 (22,9 %) oli lähes samaa mieltä ja 33 (68,8 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 67. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (3 %), en osaa sanoa kolme (4,5 %), lähes samaa mieltä 11 (16,4 %) ja täysin samaa mieltä 51 (76,1 %). Viisi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä, jotka kaikki (100 %) olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 17, joista kaksi (11,8 %) oli lähes samaa mieltä ja 15 (88,2 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 46, joista kaksi (4,3 %) oli täysin eri mieltä, kolme (6,5 %) ei osannut sanoa, yhdeksän (19,6 %) oli lähes samaa mieltä ja 32 (69,6 %)

%) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.



Kuvio 6. Henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuuden tunteen

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 70. Vastanneista lähes eri mieltä oli yksi (1,4 %), en osaa sanoa neljä (5,7 %), lähes samaa mieltä 20 (28,6 %) ja täysin samaa mieltä 45 (64,3 %). Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme (100,0 %), jotka kaikki olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 18, joista seitsemän (38,9 %) oli lähes samaa mieltä ja 11 (61,1 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 48, joista yksi (2,1 %) oli täysin eri mieltä, neljä (8,3 %) ei osannut sanoa, 13 (27,1 %) oli lähes samaa mieltä ja 30 (62,5 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 67. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,5 %), lähes eri mieltä oli yksi (1,5 %), en osaa sanoa vastasi yksi (1,5 %), lähes samaa mieltä 16 (23,9 %) ja täysin samaa mieltä 48 (71,6 %). Viisi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä (100,0 %), jotka kaikki olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 17, joista yksi (5,9 %) oli lähes samaa mieltä, yksi (5,9 %) ei osannut sanoa, neljä (23,5 %) oli lähes samaa mieltä ja 11 (64,7 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 45, joista yksi (2,2 %) oli

täysin eri mieltä, 12 (26,7 %) oli lähes samaa mieltä ja 32 (71,1 %) täysin samaa mieltä. Forsaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.

Ensimmäiseen teeman väittämät koskivat ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta. Teema sisälsi kolme väittämää; henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja esitteli itsensä, asusteet ja olemus olivat asianmukaiset ja henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuuden tunteen. Keskiarvoksi teemalle muodostui arviointiasteikolla 1-5 (1= huonoin ja 5= paras) Hämeenlinnassa 4,5 ja Forssassa 4,5. Keskiarvon mukaan potilaat olivat tyytyväisiä henkilöstön yleiseen olemukseen. Vapaa sana -osiosta nousi esiin positiivista ja negatiivista palautetta. Hyvä keskiarvo teemalle on ristiriidassa vapaisiin kommentteihin; Muun muassa yksi vastaaja oli kokenut henkilökunnan haukkuvan häntä, vastaaja oli kuitenkin lähes samaa mieltä jokaisen teeman väittämän kanssa. ”Rempseä” ja nuorekas asenne oli koettu hyväksi, mutta vastaaja huomautti, ettei käyttäytyminen saa silti olla liian rentoa vakavassa asiassa. Tässä painotettiin ottamaan huomioon potilaan ikä ja puhumaan potilaalle sen mukaan, vastaaja oli täysin samaa mieltä jokaisen teeman väittämän kanssa. Vapaa sana-osiosta oli tulkittavissa, ettei aina kommentoitu vain kyseistä sairaankuljetustapahtumaa, vaan myös aikaisempia kokemuksia ensi- ja sairaanhoi-dosta. Tämä aiheuttaa vaikeutta tulkita varmuudella oikein joitakin vapaa sana-osiosta tulleet kommentteja suhteessa numeraaliseen arvoon.

Hämeenlinna

”Monta hakijaa on käynyt, yksi oli vähän ilkeä. Sain itkeä niistä haukkumisista, jotka osakse-ni sain. Voi olla oma syyni miksi sain. Muuten on ollut asiallista hoitoa, tai miksi sitä sanoisi Kiitos kuuluu monelle.” Nainen 86vuotta. Vastasi kaikkiin teeman väittämiin lähes samaa mieltä.

”Jouduin ensi kerran käyttämään ambulanssia ja jo hälytyksen vastotto ei vakuuttanut. - Ehkä olisi pitänyt kysyä ikä, ja ottaa heti vakavampi asenne. - Vaikka pidän rempseästä asenteesta, itsekin siihen pyrkien, niin kuitenkin se ei saa mennä yli. - Ns. sammumista pelkäävä ei jaksa vastata kovin moniin kysymyksiin!? - Ikäiseni eivät luullakseni ota sairautta kovin vakavasti, joten esim. ambul. kutsuminen sinänsä tuntuu nololta. - Sairaalan ensi-apu on itselleni ollut aina erittäin miellyttävä kokemus.” Nainen 86vuotta. Vastasi kaikkiin teeman kysymyksiin täysin samaa mieltä.

”ambulanssi miehet olivat kivoja” Mies 7vuotta, vastasi kaikkiin teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

"olen ikäihminen. Olen 5 kertaa tullut sairausautolla keskus sairaalaan Aina ollut hyvä palvelu tuntenut turvallista oloa niin autossa kuin sairaalassakin" Vastaja ei ole kertonut ikää, sukupuolta, eikä vastannut teeman väittämiin.

*"Kokemusta on vain yhdestä kerrasta. Hiukan ylimielinen käyttäytyminen. Turvallisuuden tunne jäi vähän hataraksi. Kirjallinen selvitys toi turvaa enemmän. Omainen mukana tapah-
tumassa, ei ollut ollenkaan tyytyväinen, ihmetteli vähän sanan käyttöä ja yliolkaisuutta. Ei
tainnut olla pojilla hyvä päivä. Kiitos."* Vastaja ei ole kertonut ikää, sukupuolta, eikä vas-
tannut teeman väittämiin.

*"Kesti mielestäni turhan kauan, verta sai valua pitkään ennen kuin kysely loppui, oli kyllä
tunne olin hyvässä hoidossa nyt kotona toipumassa taas kerran Kiitollisena."* Nainen
79vuotta, Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, lähes samaa
mieltä.

Forssa

*"Ei huomautettavaa. Palvelu oli asianmukaista olen eritt. tyytyväinen tällä hetkellä olen
topilas"* Mies 72vuotta. Vastasi teeman väittämiin melkein samaa mieltä, täysin samaa mieltä
ja lähes samaa mieltä.

"Kun ei näe, ei pysty vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Ystävälliset henkilöt! Hyvä palvelu!"
Ei ole kertonut ikää eikä sukupuolta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, toiseen
kohtaan jätti vastaamatta ja kolmanteen täysin samaa mieltä.

*"Lähi-aikoina isä on tarvinnut kaksi kertaa ambulanssia. Palvelu on ollut hyvää, mutta toisel-
la kerroista itse olisi halunnut ottaa lompakon mukaan, eikä ambulanssin henkilökunta tässä
asiassa auttanut. Sanoivat vaan ettei sitä nyt siellä tarvitse. Isä koki asian ikävänä"* Mies
84vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

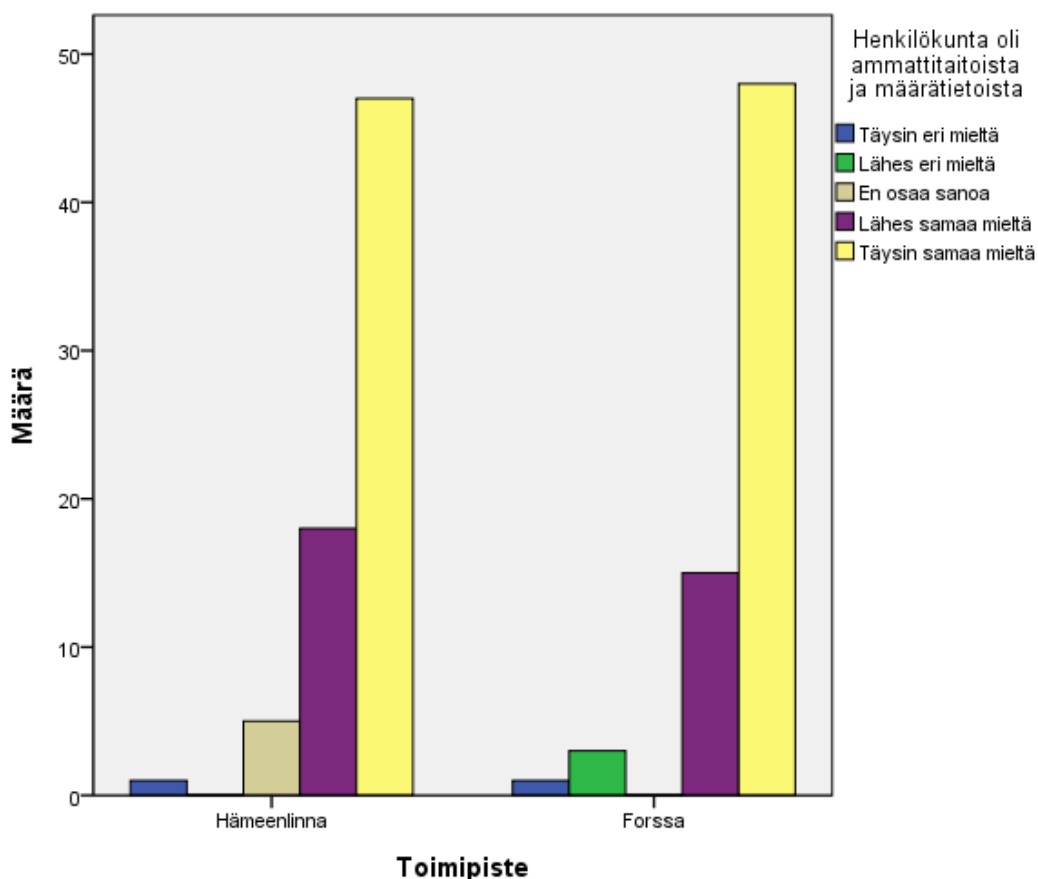
*"Olen joutunut monta kertaa soittamaan apua. Ambulanssi on tullut nopeasti ja palvelu on
ollut hyvä. Ainoastaan yhden kerran minusta tuntui, ettei toinen mukana olleista oikein ollut
asiallinen, minusta tuntui, kun kaveri jauhaa purkkaa oli hieman ylimielinen, mutta kaikilla
muilla kerroilla ovat olleet asiallisia ja ottaneet huomioon elämän tilanteeni. Mieheni kuoli
2010 tammikuussa, jonka jälkeen olen saanut erillaisia kipukohtauksia. silloinkin, kun mie-
heni vietiin ambulanssilla ja ensin hoidettiin paikan päällä sain kokoajan niin paikan päällä
kuin sairaalassa hyvin väliaika tietoja miten asiat ovat"* Nainen 66vuotta. Vastasi kaikkiin
teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

”Ambulanssi miehet pelkäsivät laiduntavia lehmiä.” Mies 23vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja lähes samaa mieltä.

”Vaikka tilanteeni oli vakava, niin ambulanssimiehet ottivat tilanteen haltuunsa, ja saivat minut hymyilemään rennolla käytöksellään, ja silti ei missään vaiheessa tullut tunnetta, että he eivät olisi tienneet mitä tehdä. Täydet kympit siitä heille!” Mies 55vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

7.3 Ambulanssihenkilöstön ammattitaito

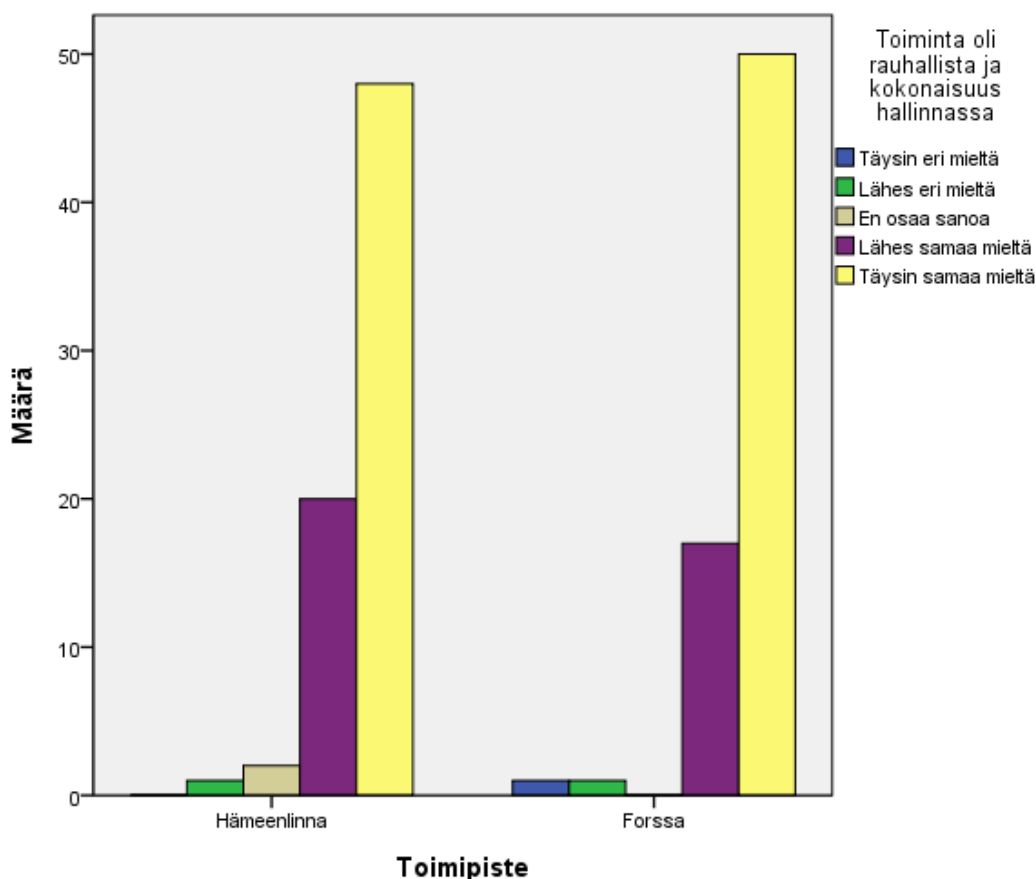
Toisen teeman väittämät koskevat ambulanssihenkilökunnan ammattitaitoa. Siihen sisältyy 4 väittämää; henkilökunta oli ammattitaitoista ja toiminta määrätietoista, toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallussa, tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet suoritettiin mielestäni oikein ja omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskisarvoksi teemalle muodostui 4,5. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskisarvoksi teemalle muodostui 4,5.



Kuvio 7. Henkilökunta oli ammattitaitoista ja toiminta määrätietoista

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 71. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,4 %), en osaa sanoa viisi (7,0 %), lähes samaa mieltä 18 (25,4 %) ja täysin samaa mieltä 47 (66,2 %). Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, joista yksi (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja kaksi (66,7 %) täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 18, joista yksi (5,6 %) oli täysin eri mieltä, kuusi (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 11 (61,1 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 49, joista viisi (10,2 %) ei osannut sanoa, 11 (22,4 %) oli lähes samaa mieltä ja 33 (67,3 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

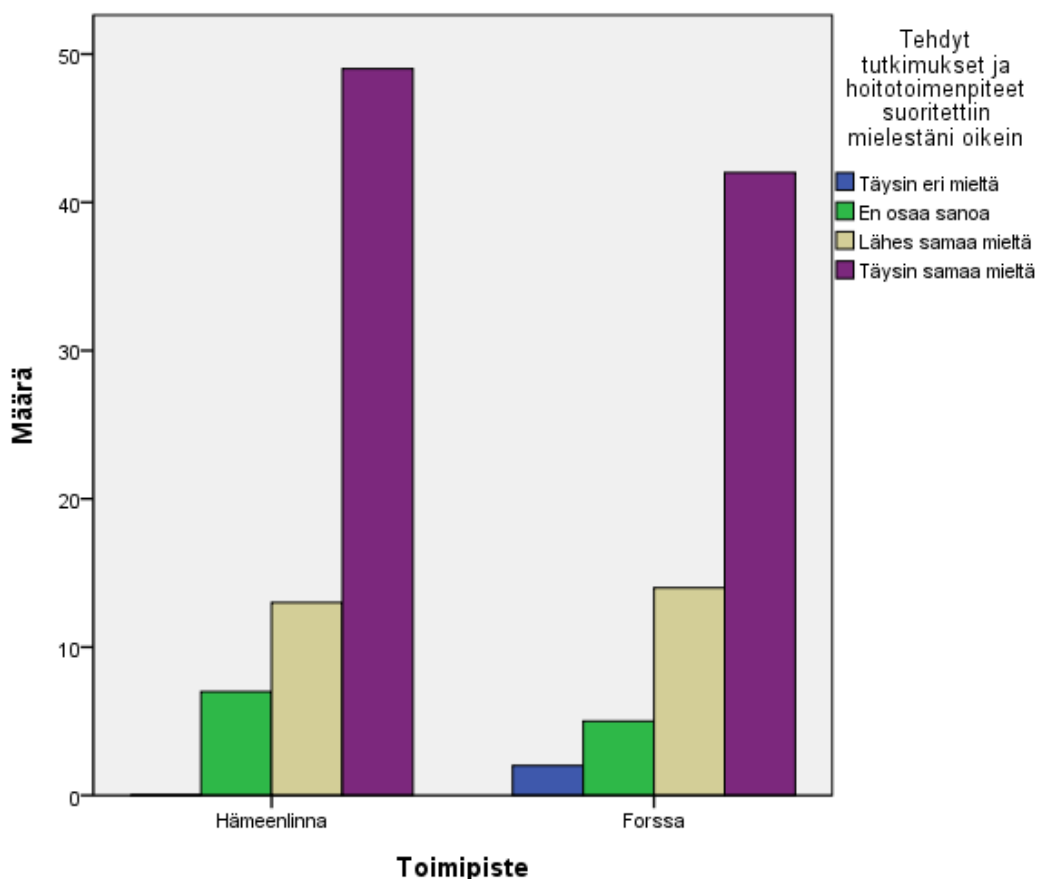
Forssassa vastanneita oli yhteensä 67. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,5 %), lähes eri mieltä oli kolme (4,5 %), lähes samaa mieltä 15 (22,4 %) ja täysin samaa mieltä 48 (71,6 %). Viisi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä (100,0 %), jotka kaikki olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 17, joista yksi (5,9 %) oli lähes eri mieltä, neljä (23,5 %) oli lähes samaa mieltä ja 12 (70,6 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 45, joista yksi (2,2 %) oli täysin eri mieltä, kaksi (4,4 %) lähes eri mieltä, 11 (24,4 %) oli lähes samaa mieltä ja 31 (68,9 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.



Kuvio 8. Toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallinnassa

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 71. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,4 %), en osaa sanoa vastasi kaksi (2,8 %), lähes samaa mieltä 20 (28,2 %) ja täysin samaa mieltä 48 (67,6 %). Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme (100,0 %), jotka olivat kaikki täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 18, joista kuusi (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 12 (66,7 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 49, joista yksi (2,0 %) oli lähes eri mieltä, kaksi (4,1 %) ei osannut sanoa, 14 (28,6 %) oli lähes samaa mieltä ja 32 (65,3 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,7.

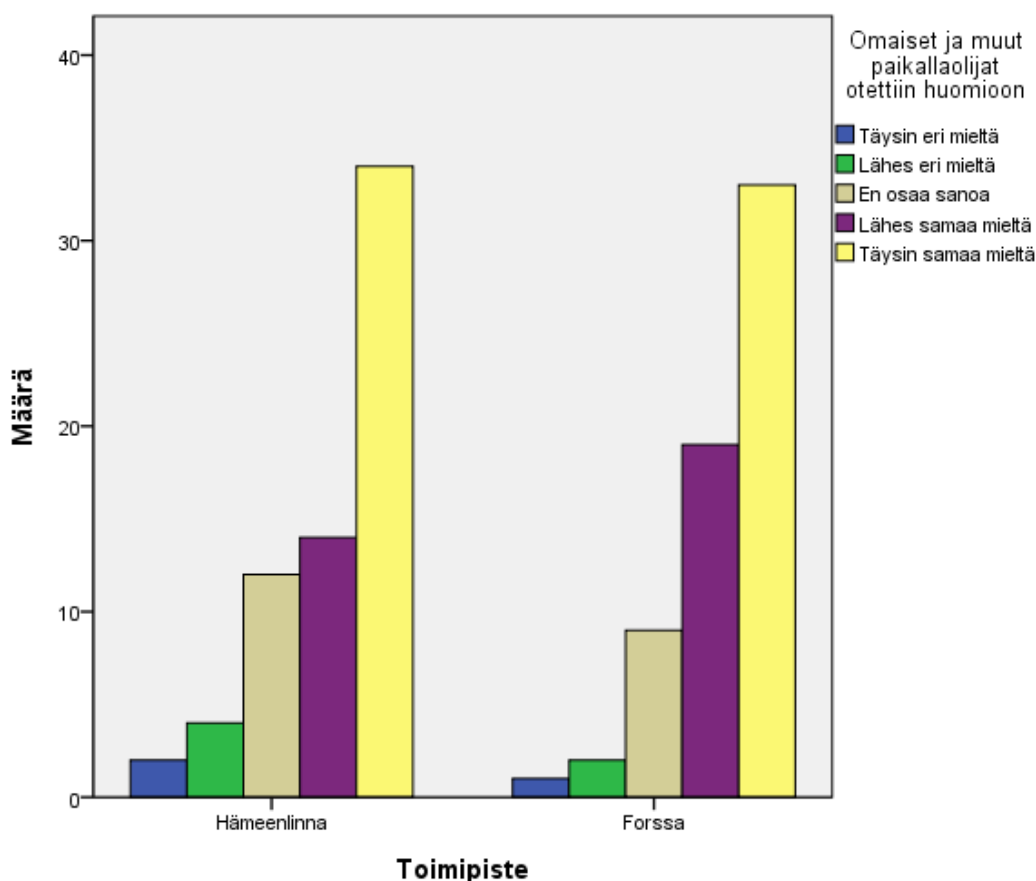
Forssassa vastanneita oli yhteensä 69. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,4 %), lähes eri mieltä oli yksi (1,4 %), lähes samaa mieltä 17 (24,6 %) ja täysin samaa mieltä 50 (72,5 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä (100,0 %), jotka olivat kaikki täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 17, joista viisi (29,4 %) oli lähes samaa mieltä ja 12 (70,6 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 47, joista yksi (2,1 %) oli täysin eri mieltä, yksi (2,1 %) oli lähes eri mieltä, 12 (25,5 %) oli lähes samaa mieltä ja 33 (70,2 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,7.



Kuvio 9. Tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet suoritettiin mielestäni oikein

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 69. Vastanneista en osaa sanoa vastasi seitsemän (10,1 %), lähes samaa mieltä 13 (18,8 %) ja täysin samaa mieltä 49 (71,0 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, joista yksi (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja kaksi (66,7 %) oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 18, joista kaksi (11,1 %) ei osannut sanoa, viisi (27,8 %) oli lähes samaa mieltä ja 11 (61,1 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 47, joista viisi (10,6 %) ei osannut sanoa, 7 (14,9 %) oli lähes samaa mieltä ja 35 (74,5 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5=paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 63. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (3,2 %), en osaa sanoa vastasi viisi (7,9 %), lähes samaa mieltä 14 (22,2 %) ja täysin samaa mieltä 42 (66,7 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä (100,0 %), joista yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kolme (75,0 %) oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 16, joista yksi (6,3 %) oli täysin eri mieltä, yksi (6,3 %) ei osannut sanoa, viisi (31,3 %) oli lähes samaa mieltä ja yhdeksän (56,3 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 43, joista yksi (2,3 %) oli täysin eri mieltä, neljä (9,3 %) ei osannut sanoa, 8 (18,6 %) oli lähes samaa mieltä ja 30 (69,8 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5=paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.



Kuvio 10. Omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 66. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (3,0 %), lähes eri mieltä oli neljä (6,1 %), en osaa sanoa vastasi 12 (18,2 %), lähes samaa mieltä 14 (21,2 %) ja täysin samaa mieltä 34 (51,5 %). Kuusi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme (100,0 %), jotka olivat kaikki täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 15, joista kaksi (13,3 %) oli täysin eri mieltä, yksi (6,7 %) lähes eri mieltä, kaksi (13,3 %) ei osannut sanoa, seitsemän (46,7 %) oli lähes samaa mieltä ja kolme (20,0 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 47, joista kolme (6,4 %) oli lähes eri mieltä, 10 (21,3 %) ei osannut sanoa, seitsemän (14,9 %) oli lähes samaa mieltä ja 27 (57,4 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,1.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 64. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,6 %), lähes eri mieltä oli kaksi (3,1 %), en osaa sanoa vastasi yhdeksän (14,1 %), lähes samaa mieltä 19 (29,7 %) ja täysin samaa mieltä 33 (51,6 %). Kahdeksan jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä (100,0 %), joista yksi (25,0 %) ei osannut sanoa, yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kaksi (50,00 %) täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 17, joista yksi (5,9 %) oli täysin eri mieltä, kaksi (11,8 %) ei osannut sanoa, kuusi (35,3 %) oli lähes samaa

mieltä ja kahdeksan (47,1 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 43, joista yksi (4,7 %) oli lähes eri mieltä, kuusi (14,0 %) ei osannut sanoa, 12 (27,9 %) oli lähes samaa mieltä ja 23 (53,5 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,3.

Toisen teeman väittämät koskivat ambulanssihenkilöstön ammattitaitoa. Siihen sisältyy 4 väitettä; henkilökunta oli ammattitaitoista ja toiminta määrätietoista, toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallinnassa, tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteen suoritettiin mielestäni oikein ja omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon. Keskiarvoksi teemalle muodostui arviointiasteikolla 1-5 (1= huonoin ja 5= paras) Hämeenlinnassa 4,5 ja Forssassa 4,5. Keskiarvon mukaan potilaat olivat tyytyväisiä ambulanssihenkilöstön ammattitaitoon. Hämeenlinnassa keskiarvollisesti tyytymättömiä oltiin omaisten huomioimiseen. Kuitenkin ainoastaan yksi on antanut negatiivista sanallista palautetta väitteeseen, kyseinen vastaaja oli teeman väittämien kanssa lähes tai täysin samaa mieltä. Vastaajan vastaukset teeman väittämiin ovat ristiriidassa vapaa sana-osion kanssa. Muuten vapaa sana-osiossa oli paljon kiitosta ja hyvää palautetta.

Hämeenlinna

”Ambulanssi tuli kun vaimo kävi laittamassa harjan oven väliin ja jätti asunnon oven auki. Kohta sain avun olen tyytyväinen. Olin tosi kipeä Kiitos avunannosta, kehotitte menemään terveyskeskukseen, en olisi itse pärjännyt.” Mies 87vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

”Olen 10-13 kertaa viety ambulanssissa ja henkilökunta on ammattinsa osaavaa” Mies 61vuotta. Vastasi kaikkiin teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

”Toiminta oli asiallista, ammatillisesti osaavaa.” Nainen 71vuotta. Vastasi kaikkiin teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

”Työnsä osaavaa, ammattitaitoista ensihoito henkilökuntaa. Kiitos.” Nainen 58vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja melkein samaa mieltä.

”Kaikki toimi todella hyvin. Minulla ei jäänyt pahaa sanottavaa palvelusta. Henkilökunta oli todella ystävällistä ja ammattitaitoista. He ottivat asian vakavasti ja hoitivat minut asianmukaisesti.” Mies 26vuotta. Vastasi kaikkiin teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

"Toiminta oli täydellistä. Hälytin itse ambulanssin, ei muita paikalla." Nainen 78vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja en osaa sanoa.

"Sydämelliset kiitokset. Palvelun saanti ja jatkotoimet ansaitsevat yllä olevat kiitokset." Nainen 67vuotta. Vastasi kaikkiin teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

"henkilö joka antautuu ihmisiä palvelemaan hoitaisi sen niin ettei siitä tulisi mielipahaa, onhan siinä jo tarpeeksi paha mieli kun lähimmäinen sairastuu yhtäkkiä" Mies 83vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja lähes samaa mieltä.

Forssa

"Yli 40 vuotta kestäneestä nivelreumasta johtuen kädet ja jalat ovat voimattomat. Olen kolmena yönä joutunut soittamaan apua, kun jalat pettää enkä omin avuin pääse ylös. Apu on tullut nopeasti ja nostettu ketterästi jaloilleni- KIITOS!" Nainen 82vuotta. Vastasi teeman kolmeen ensimmäiseen väittämään täysin samaa mieltä ja neljänteen jätti vastaamatta.

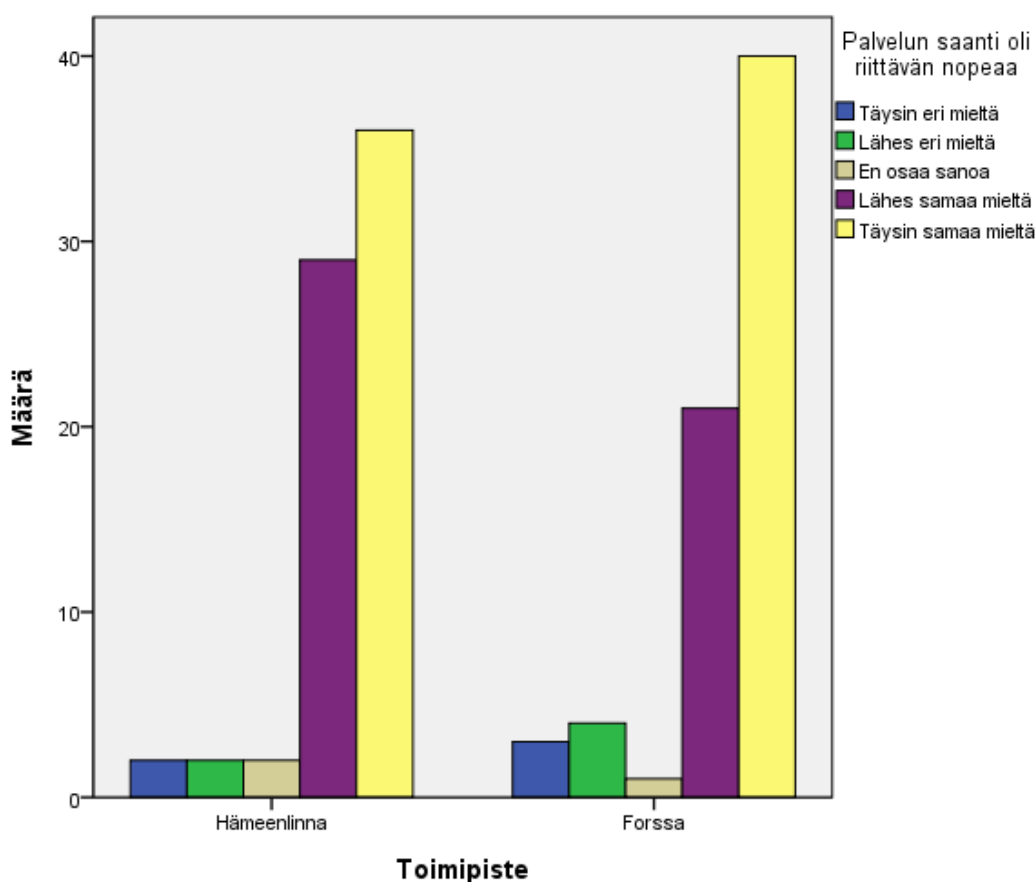
"tuli tunne että vaivani kiireellisyyttä vähäteltiin. Tuntui siltä että minua "kuulusteltiin". Haluisin suoraan polille, mutta ambulanssissa väitettiin, ettei niin voida tehdä, vaan on mentävä ensin terveyskeskukseen kärsimään. Tiesin olevani sairaalahoidon tarpeessa, ja sinne sitten päädyinkin. Onnistuin vakuuttamaan ambulanssiin siitä, mutta on hirveää, että sairaan täytyy "todistella" hoidon tarvetta ja kiireellisyyttä. Kerran aikaisemmin minut vietiin tahtoni vastaisesti terveyskeskukseen, jossa ei myöskään ymmärretty, miksei viety suoraan sairaalaan näillä oireilla. Onko niin, ettei vanhan vaivoista välitetä, kun vanhat ei osaa valittaa niin kuin nuoremmat osaa." Nainen 80vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes eri mieltä, lähes eri mieltä, jätti tyhjäksi kolmannen väittämän ja neljänteen vastasi en osaa sanoa.

"Sairaan kuljetukset mielestäni pelaa erittäin hyvin kaikin puolin Henkilökunta osaa asiansa" Mies 84vuotta. Ei vastannut teeman väittämiin.

"Pelkkää hyvää sanottava ja toisaalta tilanne oli ensimmäinen - eli ei ole vertauskuvaa - ja toivottavasti viimeinen." Nainen 53vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

7.4 Hoitotapahtuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus

Kolmannen teeman väittämät käsittelevät hoitotapahtuman yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta. Teemaan sisältyy viisi väittämää; Palvelun saanti oli riittävän nopeaa, kipu ja muut vaivani hyvin, minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti, sain riittävästi informaatioita tilanteen etenemisestä ja yksityisyyttäni kunnioitettiin. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskisarvoksi teemalle muodostui 4,4. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskisarvoksi teemalle muodostui 4,4.

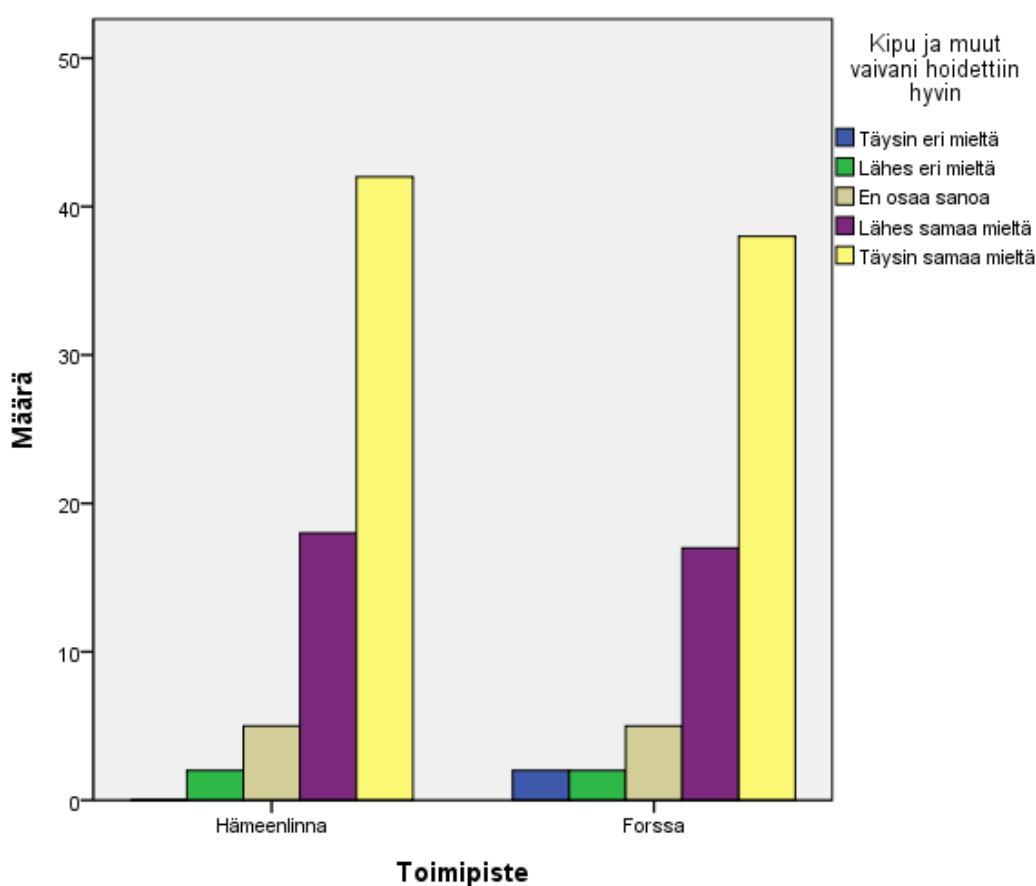


Kuvio 11. Palvelun saanti oli riittävän nopeaa

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 71. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (2,8 %), lähes eri mieltä oli kaksi (2,8 %), en osaa sanoa vastasi kaksi (2,8 %), lähes samaa mieltä 29 (40,8 %) ja täysin samaa mieltä 36 (50,7 %). Yksi jätti vastaamatta kysymyksen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, joista yksi (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja kaksi (66,7 %) täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 18, joista yksi (5,6 %) oli täysin eri mieltä, kahdeksan (44,4 %) oli lähes samaa mieltä ja yhdeksän (50,0 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 49, joista yksi (2,0 %) oli täysin eri mieltä, kaksi (4,1 %) oli lähes eri mieltä, kaksi (4,1 %) ei osannut sanoa, 20 (40,8 %) oli lähes samaa mieltä ja 24 (49,0 %) täysin samaa mieltä.

Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,3.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 69. Vastanneista täysin eri mieltä oli kolme (4,3 %), lähes eri mieltä oli neljä (5,8 %), en osaa sanoa vastasi yksi (1,4 %), lähes samaa mieltä 21 (30,4 %) ja täysin samaa mieltä 40 (58,0 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä, joista yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kolme (75,0 %) täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 17, joista kaksi (11,8 %) oli täysin eri mieltä, kaksi (11,8 %) lähes eri mieltä, kolme (17,6 %) oli lähes samaa mieltä ja 10 (58,8 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 47, joista yksi (2,1 %) oli täysin eri mieltä, yksi (2,1 %) oli lähes eri mieltä, yksi (2,1 %) ei osannut sanoa, 18 (38,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 26 (55,3 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,3.

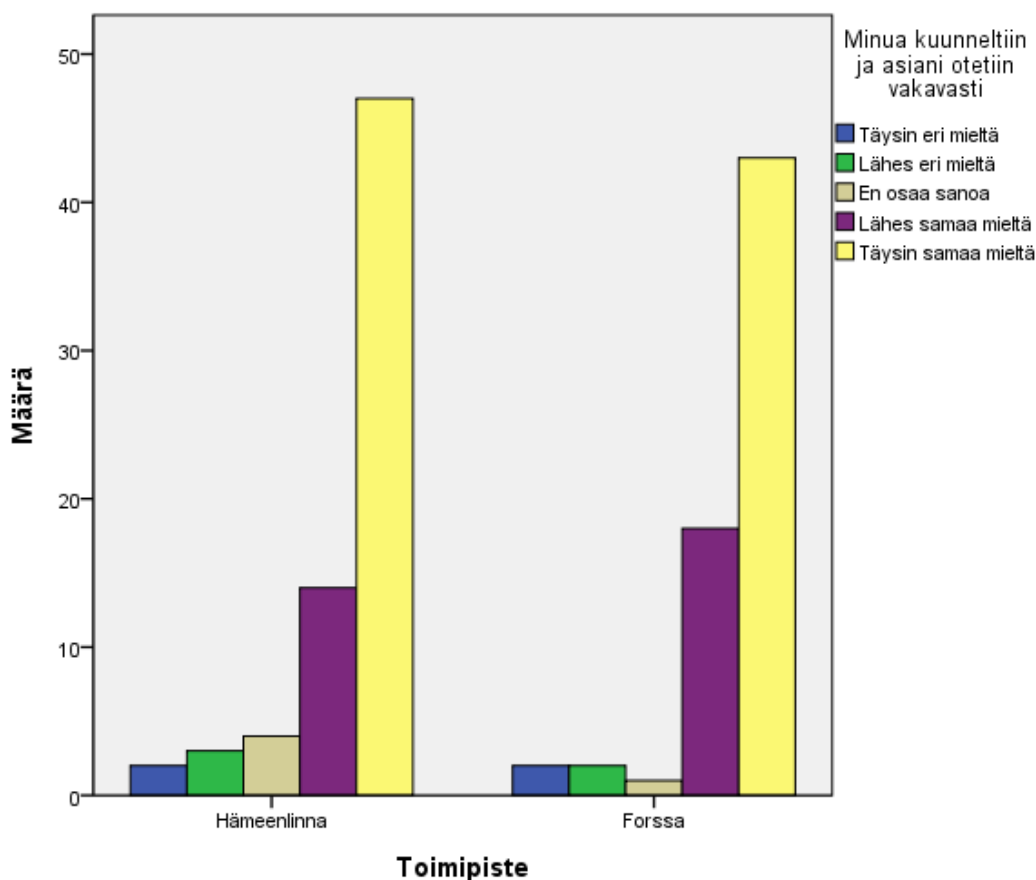


Kuvio 12. Kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 72. Vastanneista lähes eri mieltä oli kaksi (3,0 %), en osaa sanoa vastasi viisi (7,5 %), lähes samaa mieltä 18 (26,9 %) ja täysin samaa mieltä 42 (62,7 %). Viisi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, joista yksi (33,3 %) ei

osannut sanoa, yksi (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja yksi (33,3 %) oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 18, joista viisi (27,8 %) oli lähes samaa mieltä ja 13 (72,2 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 45, joista kaksi (4,4 %) oli lähes eri mieltä, neljä (8,9 %) ei osannut sanoa, 12 (26,7 %) oli lähes samaa mieltä ja 27 (60,0 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

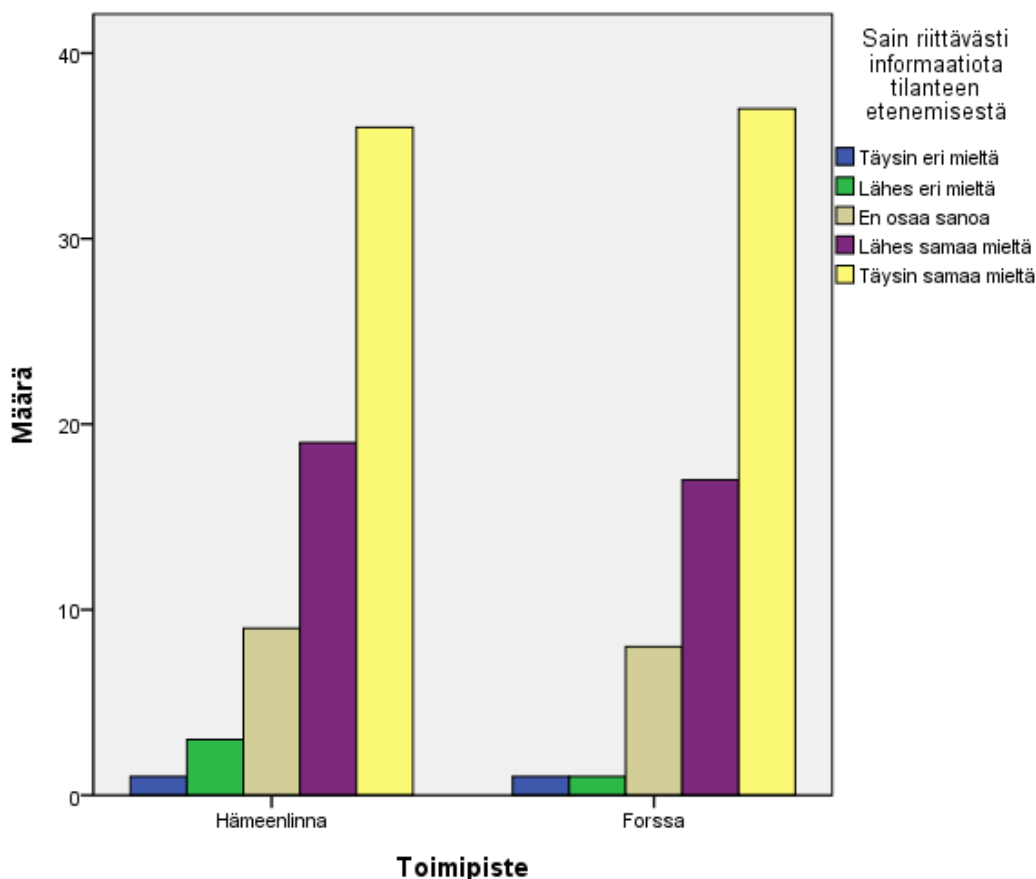
Forssassa vastanneita oli yhteensä 64. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (3,1 %), lähes eri mieltä oli kaksi (3,1 %), en osaa sanoa vastasi viisi (7,8 %), lähes samaa mieltä 17 (26,6 %) ja täysin samaa mieltä 38 (59,4 %). Kahdeksan jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä, joista yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kolme (75,0 %) täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 16, joista yksi (6,3 %) oli täysin eri mieltä, yksi (6,3 %) lähes eri mieltä, kaksi (12,5 %) ei osannut sanoa, neljä (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kahdeksan (50,0 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 44, joista yksi (2,3 %) oli täysin eri mieltä, yksi (2,3 %) oli lähes eri mieltä, kolme (6,8 %) ei osannut sanoa, 12 (27,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 27 (61,4 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,4.



Kuvio 13. Minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 70. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (2,9 %), lähes eri mieltä oli kolme (4,3 %), en osaa sanoa vastasi neljä (5,7 %), lähes samaa mieltä 14 (20,0 %) ja täysin samaa mieltä 47 (67,1 %). Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme (100,0 %), jotka olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 18, joista kaksi (11,1 %) oli täysin eri mieltä, yksi (5,6 %) lähes eri mieltä, yksi (5,6 %) ei osannut sanoa, kolme (16,7 %) oli lähes samaa mieltä ja 11 (61,1 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 48, joista kaksi (4,2 %) oli lähes eri mieltä, kolme (6,3 %) ei osannut sanoa, 11 (22,9 %) oli lähes samaa mieltä ja 32 (66,7 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,4.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 66. Vastanneista täysin eri mieltä oli kaksi (3,0 %), lähes eri mieltä oli kaksi (3,0 %), en osaa sanoa vastasi yksi (1,5 %), lähes samaa mieltä 18 (27,3 %) ja täysin samaa mieltä 43 (65,2 %). Kuusi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä, joista yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kolme (75,0 %) täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 16, joista yksi (6,3 %) oli täysin eri mieltä, yksi (6,3 %) lähes eri mieltä, neljä (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja 10 (62,5 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 45, joista yksi (2,2 %) oli täysin eri mieltä, yksi (2,2 %) oli lähes eri mieltä, yksi (2,2 %) ei osannut sanoa, 13 (28,9 %) oli lähes samaa mieltä ja 29 (64,4 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

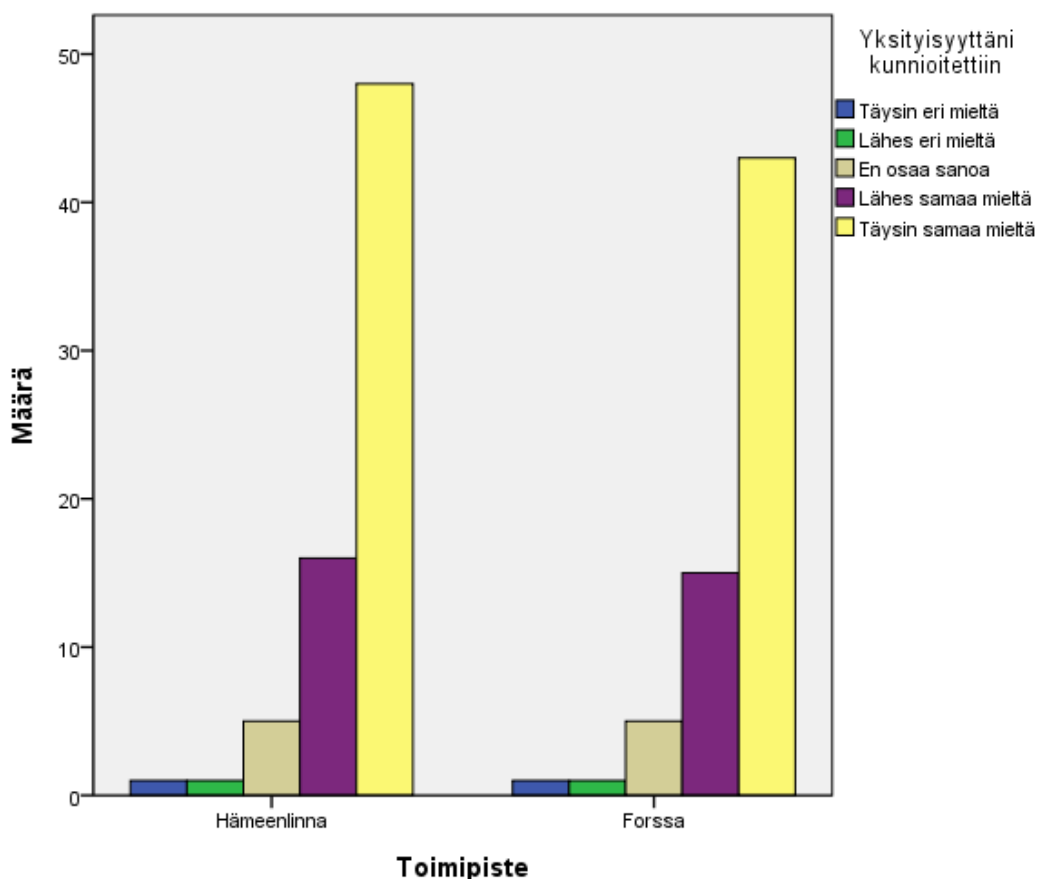


Kuvio 14. Sain riittävästi informaatioita tilanteen etenemisestä

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 68. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,5 %), lähes eri mieltä oli kolme (4,4 %), en osaa sanoa vastasi yhdeksän (13,2 %), lähes samaa mieltä 19 (27,9 %) ja täysin samaa mieltä 36 (52,9 %). Neljä jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, joista yksi (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja kolme (66,7 %) täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 18, joista yksi (5,6 %) oli täysin eri mieltä, yksi (5,6 %) lähes eri mieltä, kaksi (11,1 %) ei osannut sanoa, neljä (22,2 %) oli lähes samaa mieltä ja 10 (55,6 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 46, joista kaksi (4,6 %) oli lähes eri mieltä, seitsemän (15,3 %) ei osannut sanoa, 13 (28,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 24 (52,2 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,2.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 64. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,6 %), lähes eri mieltä oli yksi (1,6 %), en osaa sanoa vastasi kahdeksan (12,5 %), lähes samaa mieltä 17 (26,6 %) ja täysin samaa mieltä 37 (57,8 %). Kahdeksan jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä, joista kaikki neljä (100 %) olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi 16, joista yksi (6,3 %) lähes eri mieltä, yksi (6,3 %) ei osannut sanoa, seitsemän (43,8 %) oli lähes samaa mieltä ja seitsemän (43,8 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi

44, joista yksi (2,3 %) oli täysin eri mieltä, seitsemän (15,9 %) ei osannut sanoa, 10 (22,7 %) oli lähes samaa mieltä ja 26 (59,1 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,4.



Kuvio 15. Yksityisyyttäni kunnioitettiin

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 71. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,4 %), lähes eri mieltä oli yksi (1,4 %), en osaa sanoa vastasi viisi (7,0 %), lähes samaa mieltä 16 (22,5 %) ja täysin samaa mieltä 48 (67,6 %). Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kolme, jotka kaikki (100 %) olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 18, joista yksi (5,6 %) oli täysin eri mieltä, yksi (5,6 %) lähes eri mieltä, neljä (22,2 %) oli lähes samaa mieltä ja 12 (66,7 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 49, joista viisi (10,2 %) ei osannut sanoa, 12 (24,5 %) oli lähes samaa mieltä ja 32 (65,3 %) täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 65. Vastanneista täysin eri mieltä oli yksi (1,5 %), lähes eri mieltä oli yksi (1,5 %), en osaa sanoa vastasi viisi (7,7 %), lähes samaa mieltä 15 (23,1 %) ja

täysin samaa mieltä 43 (66,2 %). Seitsemän jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi neljä, jotka kaikki (100 %) olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaista vastasi 16, joista yksi (6,3 %) lähes eri mieltä, yksi (6,3 %) ei osannut sanoa, viisi (31,3 %) oli lähes samaa mieltä ja yhdeksän (56,3 %) täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi 45, joista yksi (2,2 %) oli täysin eri mieltä, neljä (8,9 %) ei osannut sanoa, 10 (22,2 %) oli lähes samaa mieltä ja 30 (66,7 %) täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

Kolmannen teeman väittämät käsittelivät hoitotapahtuman yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta. Teemaan sisältyy viisi väittämää; Palvelun saanti oli riittävän nopeaa, kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin, minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti, sain riittävästi informaatioita tilanteen etenemisestä ja yksityisyyttäni kunnioitettiin. Keskiarvoksi teemalle muodostui arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) Hämeenlinnassa 4,4 ja Forssassa 4,4. Ambulanssin tulon nopeuteen kolme oli ollut tyytymätön sanallisissa palautteissa. Kivun hoito ja potilaan todesta ottava asenne oli onnistunut hyvin sanallisten palautteiden perusteella. Myös tiedon saanti tilanteesta oli koettu onnistuneena. Yksi vastaaja oli kokenut, että hänen sairauskohdastaan oli vähätelty eikä otettu todesta. Vastaaja vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä ja lähes samaa mieltä. Vastaajan vastaukset teeman väittämiin ovat ristiriidassa vapaa sana-osion kanssa.

Hämeenlinna

"Ambulanssi saapui hyvin nopeasti ja hoitotoimenpiteet suoritettiin hyvin." Nainen 16vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä, melkein samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

"Ambulanssin tulo kesti" Mies 58vuotta. Vastasi teeman ensimmäiseen väittämään lähes samaa mieltä ja muihin väittämiin täysin samaa mieltä.

"Kyllä pojat ja tytöt osaavat hommansa Henkilökohtaisesti ei mitään valitettavaa Ambulanssin tuloon he eivät nähdäkseni voi aina vaikuttaa." Mies 76vuotta. Vastasi teeman ensimmäiseen väittämään lähes samaa mieltä ja muihin väittämiin täysin samaa mieltä.

"Alku otti koville, että pystyin soittamaan 112:teen. Onneksi en ole kovin montaa kertaa vielä tarvinnut soittaa. En tiedä sitten, jos on oikein tosi hätä, eikä osaa kunnolla selittää asiaa, Tuleeko silloin apu ajoissa, olen vieläkin vähän arka soittamaan. Eikä itse aina pysty arvioimaan kuinka kova hätä kulloinkin on. Tähän asti ainakin kaikki on toiminut hyvin. Kiitos siitä!" Nainen 82vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

"Ensihoito- ja sairaankulj. oli OK. Mutta hälytyskeskus vaati potilasta puhelimeen, vaikka puhelin ei pysynyt kädessä, sairaudesta johtuen." Mies 67vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, lähes samaa mieltä, lähes samaa mieltä, en osaa sanoa ja täysin samaa mieltä.

"asiaa edisti oikeaksi osoittautunut diagnoosini sairaskohtauksesta joka otettiin vakavasti ja totena. hoito aloitettiin välittömästi." Vastaaaja ei ilmoittanut ikää eikä sukupuolta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

"Palvelu erinomaista. Otettiin keskustellen huomioon potilaan mielipiteet ja jatkotoimenpiteet. Sairaalaan oli tiedotettu, että siellä oli täyden valmiudet." Nainen 77vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

*"Kutsuin ambulanssin elämäni ensimmäinen - ja toistaiseksi ainoa - rintakipukohtaukseen kourissa, kun kuvittelin, *) että olen saamaisillani sydäninfarktiin. No, ei se sitä sitten ollut, mutta ambulanssihenkilökunta suhtautui tilanteeseeni asiaankuuluvalla vakavuudella ja hoiti ensihoitotoimenpiteet laadukkaasti ja ammattitaitoisesti. Kiitos heille siitä! en vain kuvittellut vaan uskoin ihan tosissani"* Nainen 48vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

"Harvoin olen kuljetusta tarvinnut eräät vaivani hoidettiin kotona ambulanssi henkilökunnan toimesta asiallisesti." Nainen 73vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja lähes samaa mieltä.

"Eivät ymmärtäneet paniikkihäiriön merkitystä. Käyttäytyivät todella törkeästi." Nainen 76vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä ja lähes samaa mieltä.

"Kaikki on hyvin hoidettu." Nainen 64vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

"Toinen hlö, miespuolinen joka suoritti toimet naisen haastattellessa tuntui työkeältä, mutta (ehkä) hän keskittyi hyvin toimintaansa. tilanne on itselle pelottava ja toisaalta myös tavaltaan "häpeää" sitä, että onko ollut turhan hätäinen kun on soittanut ambulanssin, mutta ambul.henkilöstö ei missään vaiheessa vähätellyt tuntemuksiani." N 58, Vastasi teeman kysymyksiin täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä, en osaa sanoa ja täysin samaa mieltä.

Forssa

””Auto” tuli nopeasti ja ambulanssimiehet ottivat tilanteen hallintaansa kiitettävän hyvin”
Mies 52 vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

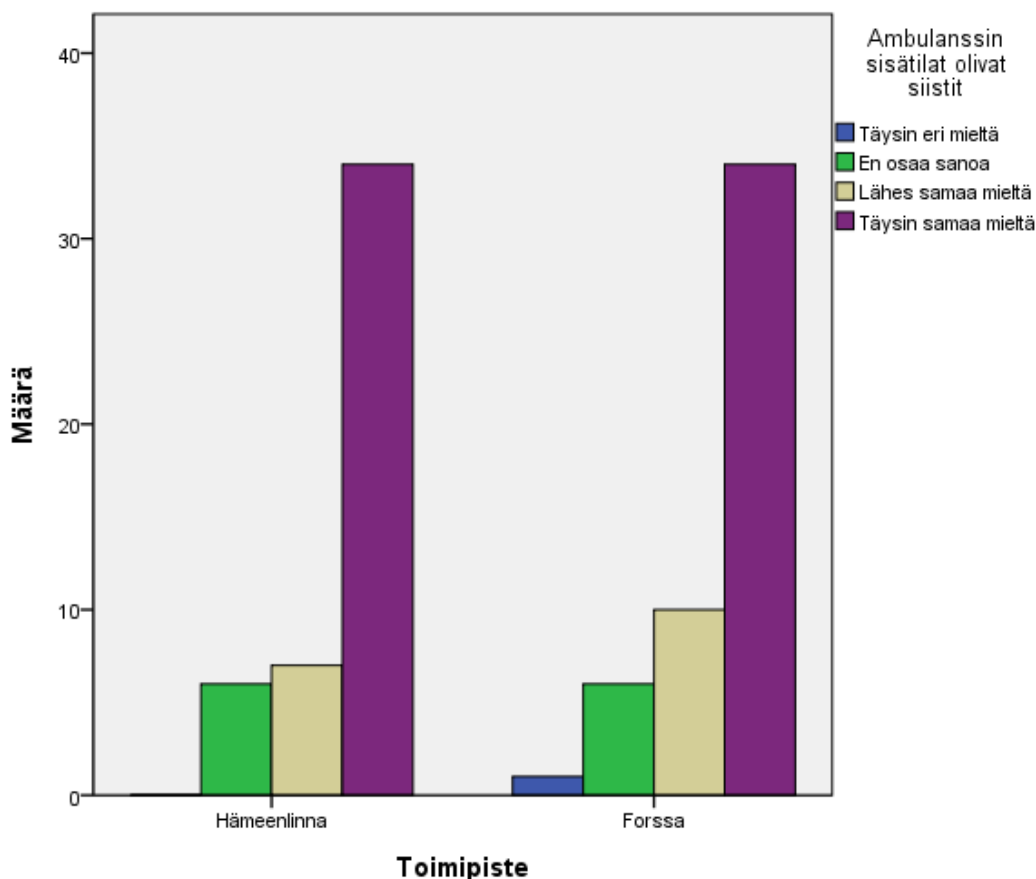
”Hätänumerosta 112 tilaamani ambulanssin tulo kesti liian kauan 40 min. Forssa-kalliomäentie lautaporras väli on vain 30km. Hyvästä hoidosta ja avusta ei ole mitään hyötyä jos sen saaminen kestää LIIAN KAUAN.” Nainen 54vuotta. Vastasi teeman ensimmäiseen väittämään täysin eri mieltä ja muihin täysin samaa mieltä.

”Hyvä ja asiallista hoitoa nopeasti. Kivun hoito oli hyvää.” Nainen 82vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

”Tuntui hyvältä saada ammattihmisiltä tietoa” Nainen 71vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

7.5 Kuljetetut potilaat

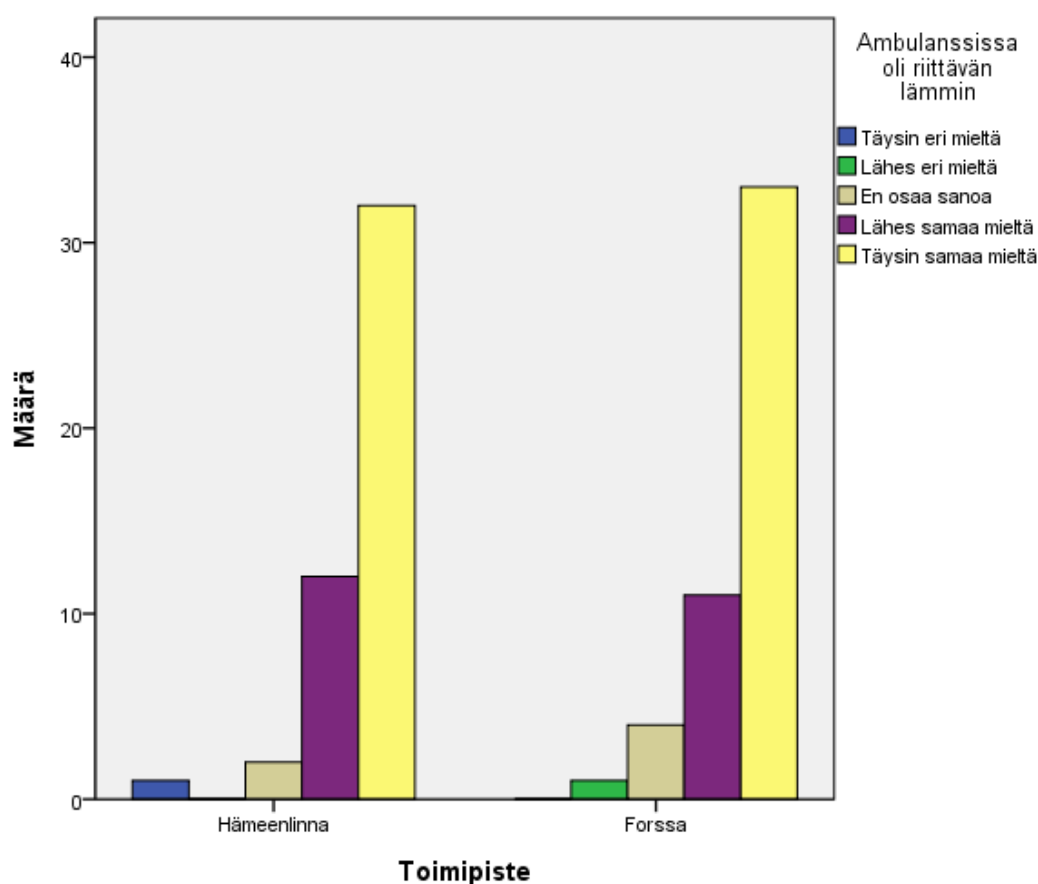
Neljännän teeman väittämät olivat suunnattu kuljetetuille potilaille. Teema sisältää 4 väittämää; ambulanssin sisätilat olivat siistit, ambulanssissa oli riittävän lämmin, kuljetustapa oli turvallinen ja olosuhteisiin nähden miellyttävä ja minulle valittiin oikea jatkohoitopaikka. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,6. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,5.



Kuvio 16. Ambulanssin sisätilat olivat siistit

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 47. En osaa sanoa vastasi kuusi (12,8 %), lähes samaa mieltä 7 (14,9 %) ja täysin samaa mieltä 34 (72,3 %). Kolme jätti vastaamatta kysymyksen. 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 11, joista kaksi (18,2 %) oli lähes samaa mieltä ja yhdeksän (81,8 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 34, joista kuusi (17,6 %) ei osannut sanoa, viisi (14,7 %) oli lähes samaa mieltä ja 23 (67,6 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

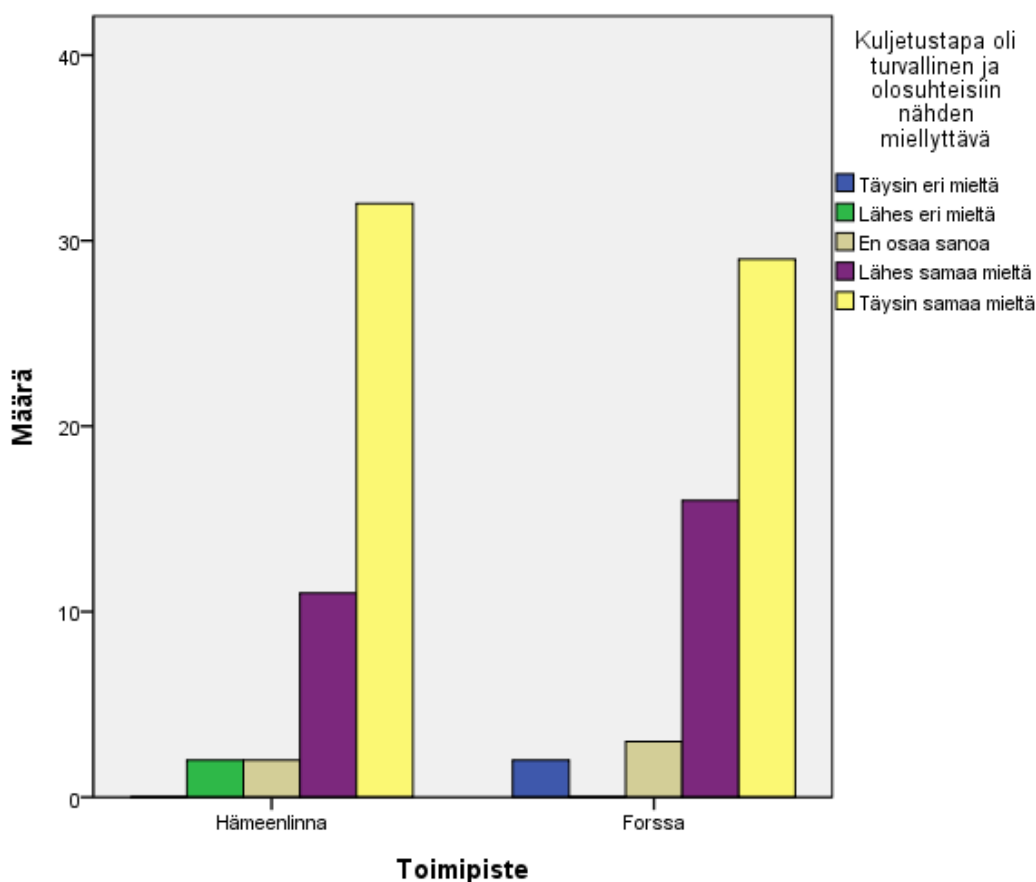
Forssassa vastanneita oli yhteensä 51. Täysin eri mieltä oli yksi (2,0 %), en osaa sanoa vastasi kuusi (11,8 %), lähes samaa mieltä oli 10 (19,6 %), täysin samaa mieltä oli 34 (66,7 %). 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 11, joista kaksi (18,2 %) oli lähes samaa mieltä ja yhdeksän (81,8 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 34, joista kuusi (17,6 %) ei osannut sanoa, 5 (14,7 %) oli lähes samaa mieltä ja 23 (67,6 %) oli täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.



Kuvio 17. Ambulanssi oli riittävän lämmin

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 47. Täysin eri mieltä oli yksi (2,1 %), en osaa sanoa vastasi kaksi (4,3 %), lähes samaa mieltä oli 12 (25,5 %) ja täysin samaa mieltä oli 32 (68,1 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli täysin eri mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 11, joista kolme (27,3 %) oli lähes samaa mieltä ja kahdeksan (72,7 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 34, joista kaksi (5,9 %) ei osannut sanoa, yhdeksän (26,5 %) oli lähes samaa mieltä ja 23 (67,6 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 49. Lähes eri mieltä yksi (2,0 %), en osaa sanoa vastasi neljä (8,2 %), lähes samaa mieltä oli 11 (22,4 %) ja täysin samaa mieltä oli 33 (67,3 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yhteensä kolme (100,0 %), jotka olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 12, joista 2 (16,7 %) ei osannut sanoa, 1 (8,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 9 (75,0 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita oli yksi (3,0 %) oli lähes eri mieltä, kaksi (6,1 %) ei osannut sanoa, 10 (30,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 20 (60,6 %) oli täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.

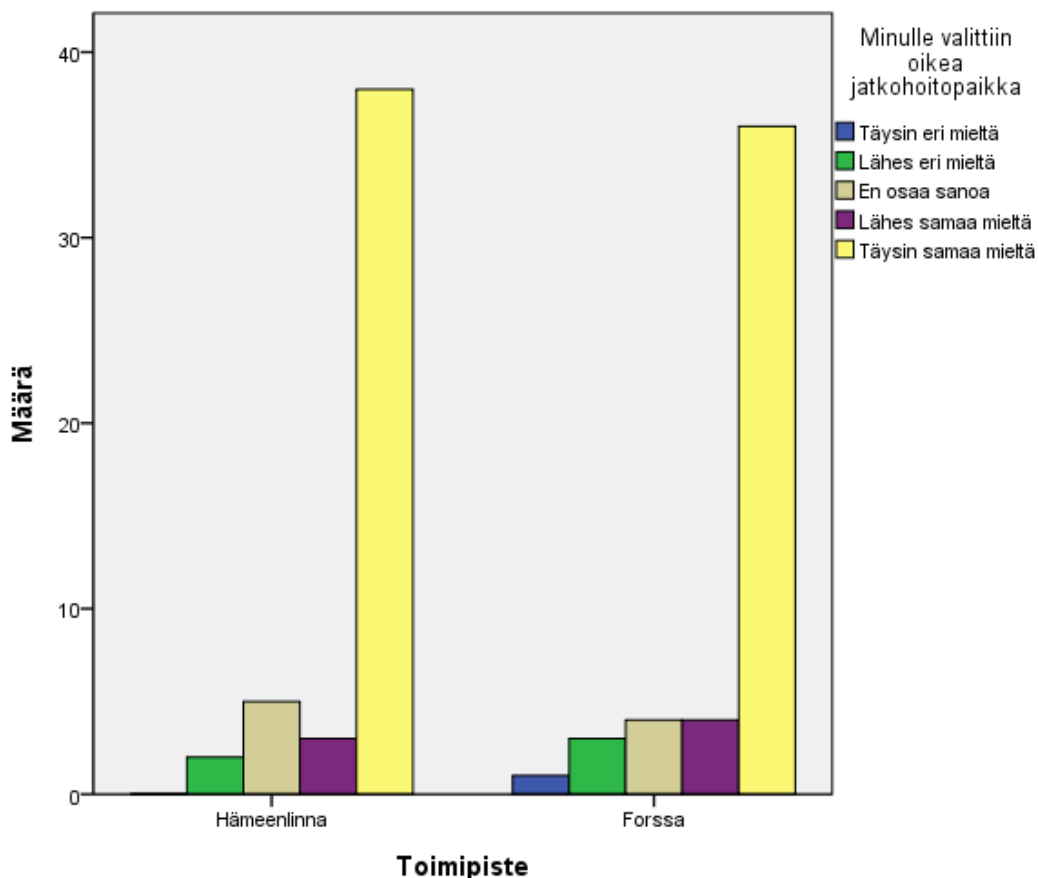


Kuvio 18. Kuljetustapa oli turvallinen ja olosuhteisiin nähden miellyttävä

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 47. Lähes eri mieltä oli kaksi (4,3 %), en osaa sanoa vastasi kaksi (4,3 %), lähes samaa mieltä oli 11 (23,4 %) ja täysin samaa mieltä oli 32 (68,1 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli lähes samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 11, joista 3 (27,3 %) oli lähes samaa mieltä ja kahdeksan (72,7 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 34, joista kaksi (5,9 %) oli lähes eri mieltä, 2 (5,9 %) ei osannut sanoa, seitsemän (20,6 %) oli lähes samaa mieltä ja 23 (67,6 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 50. Täysin eri mieltä oli kaksi (4,0 %), en osaa sanoa vastasi kolme (6,0 %), lähes samaa mieltä oli 16 (32,0 %) ja täysin samaa mieltä oli 29 (58,0 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yhteensä kolme (100,0 %), jotka olivat samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 13, joista yksi (7,7 %) oli täysin eri mieltä, yksi (7,7 %) ei osannut sanoa, kuusi (46,2 %) oli lähes samaa mieltä ja viisi (38,5 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 33, joista yksi (3,0 %) oli täysin eri mieltä, 2 (6,1 %) ei osannut sanoa, 10 (30,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 20 (60,6 %) oli täysin samaa

mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,4



Kuvio 19. Minulle valittiin oikea jatkohoitopaikka

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 48. Lähes eri mieltä oli kaksi (4,2 %), en osaa sanoa vastasi viisi (10,4 %), lähes samaa mieltä oli kolme (6,3 %) ja täysin samaa mieltä oli 38 (79,2 %). Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli lähes samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 11, joista yksi (9,1 %) oli lähes eri mieltä, kolme (27,3 %) ei osannut sanoa ja seitsemän (63,6 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 35, joista yksi (2,9 %) lähes eri mieltä, kaksi (5,7 %) ei osannut sanoa, kaksi (5,7 %) oli lähes samaa mieltä ja 30 (85,7 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 48. Täysin eri mieltä oli yksi (2,1 %), lähes eri mieltä oli kolme (6,3 %), en osaa sanoa vastasi neljä (8,3 %), lähes samaa mieltä oli neljä (8,3 %) ja täysin samaa mieltä oli 36 (75,0 %). Viisi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yhteensä kolme (100,0 %), jotka olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä 12, joista yksi (8,3 %) oli eri mieltä, yksi (8,3 %) ei osannut sanoa, yksi (8,3 %) oli lähes samaa mieltä ja yhdeksän (75,0 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 32,

joista yksi (3,1 %) oli täysin eri mieltä, kaksi (6,3 %) oli lähes eri mieltä, kolme (9,4 %) ei osannut sanoa, kolme (9,4 %) oli lähes samaa mieltä ja 23 (71,9 %) oli täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

Neljännän teeman väittämät olivat suunnattu kuljetetuille potilaille. Teema sisältää 4 väittämää; ambulanssin sisätilat olivat siistit, ambulanssissa oli riittävän lämmin, kuljetustapa oli turvallinen ja olosuhteisiin nähden miellyttävä ja minulle valittiin oikea jatkohoitopaikka. Keskiarvoksi teemalle muodostui arviointiasteikolla 1-5 (1= huonoin ja 5= paras) Hämeenlinnassa 4,6 ja Forssassa 4,5. Keskiarvon mukaan potilaat olivat tyytyväisiä teeman väittämiin. Negatiivista palautetta tuli mukulakivityksen aiheuttamasta tärinästä kuljetuksen aikana. Yksi vastannut oli tyytymätön ambulanssipaarien kovuuteen. Yhden vastaajan mielestä sairaankuljettajan laulaminen matkalla ei ollut korrektia. Kyseinen palaute käy myös teemaan yleisestä olemuksesta, joka sisälsi väittämän henkilökunnan käyttäytymisestä. Eräs vastanneista oli omainen, koska itse potilas oli myöhemmin kuollut. Hän oli ollut tyytymätön riittämättömään potilaan vaatetukseen kun potilasta oli siirretty ambulanssiin. Kyseine vastaaja ei ollut vastannut teeman väittämiin.

Hämeenlinna

”Turuntien mukulakivetytys ja siitä johtuva tärinä kuljetuksen aikana epämiellyttävän tuntuisista” Mies 81vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, melkein samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

”kaikki sairaankuljetukset (yks. tai useampia vuodessa) ovat olleet epilepsiakohtausten hoitoa. Sairaankuljetuksen saanti on riippunut paljon siitä, miten ohikulkijat ovat tilanteeseen reagoineet. Yleensä kuljetus on järjestynyt nopeasti, eikä minulle ole ollut juurikaan valittamista kuljetusten suhteen. Joskus on ollut erimielisyyttä sairaankuljetuksen kanssa siitä, voisinko jo mennä kotiin omin avuin ilman ensiapukäyntiä” Mies 62vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, lähes samaa mieltä, lähes samaa mieltä ja en osaa sanoa.

Forssa

”Minun kuljetukseni on sujunut erittäin hyvin. Kaikki on ollut hyvin myönteistä.” Nainen 73vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä.

”Oli kylmä toukokuun yö, miehelläni oli kova rintakipu. Ambulanssi tuli nopeasti. Miehet tekivät asialliset tutkimukset ja totesivat, että pitää lähteä sairaalaan. Sitten he työnsivät pyörätuolissa yöpukeissa olevan potilaan ulos, eikä minkäänlaista peittoa hartioille, tämän

jälkeen he avasivat ambulanssin sivu oven, ja alkaisivat järjestelemään siihen kuntoon, että sinne voi viluisen potilaan viedä. Itse olin niin järkyttynyt, etten huomannut lisä vaatetta viedä. Kolmen päivän kuluttua hän kuoli” Vastaaja ei kertonut ikää, sukupuolta eikä vastaan-
nut teeman kysymyksiin.

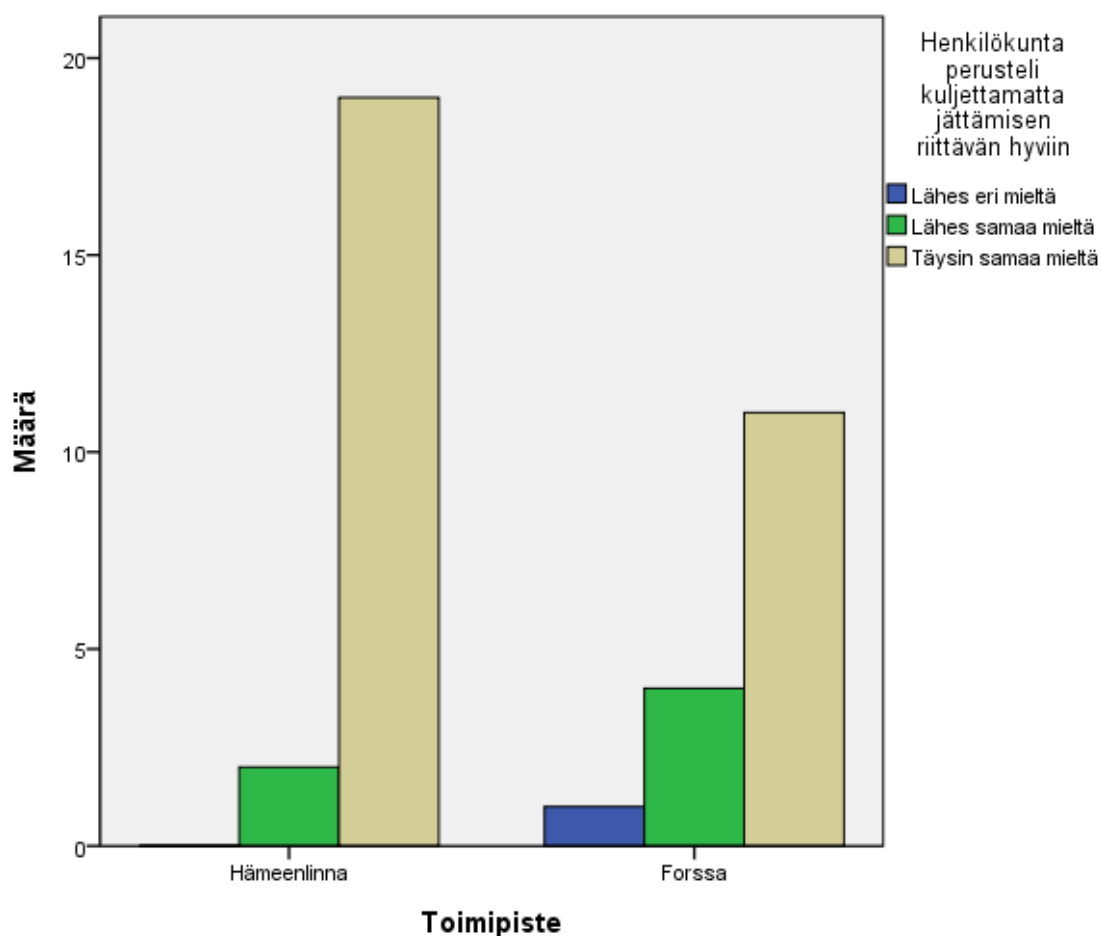
”Ambulanssin peti on melko kova.” Nainen 82vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä, täysin samaa mieltä, lähes samaa mieltä ja täysin samaa mieltä.

”Sairasauton kuskin laulaminen matkalla Forssa-H:linna ei ehkä ole kovin korrektia!” Mies 71vuotta. Vastasi teeman väittämiin lähes samaa mieltä, lähes samaa mieltä, täysin samaa mieltä ja lähes samaa mieltä.

”Olen painava n. 130-140 kg kun kaaduin ei vaimo voi auttaa. Ambulanssi miehet nostaa. Kun olen saanut grambeja ja viety sairaalaan on soitettu palomiehiä apuun nostamisessa ja kantamisessa. Olen tarvinnut apua aika useasti ja saanut hyvää palvelua jos olen joutunut sairaalaan tai jäänyt kotiin.” Mies 82vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

7.6 Kohteessa hoidetut

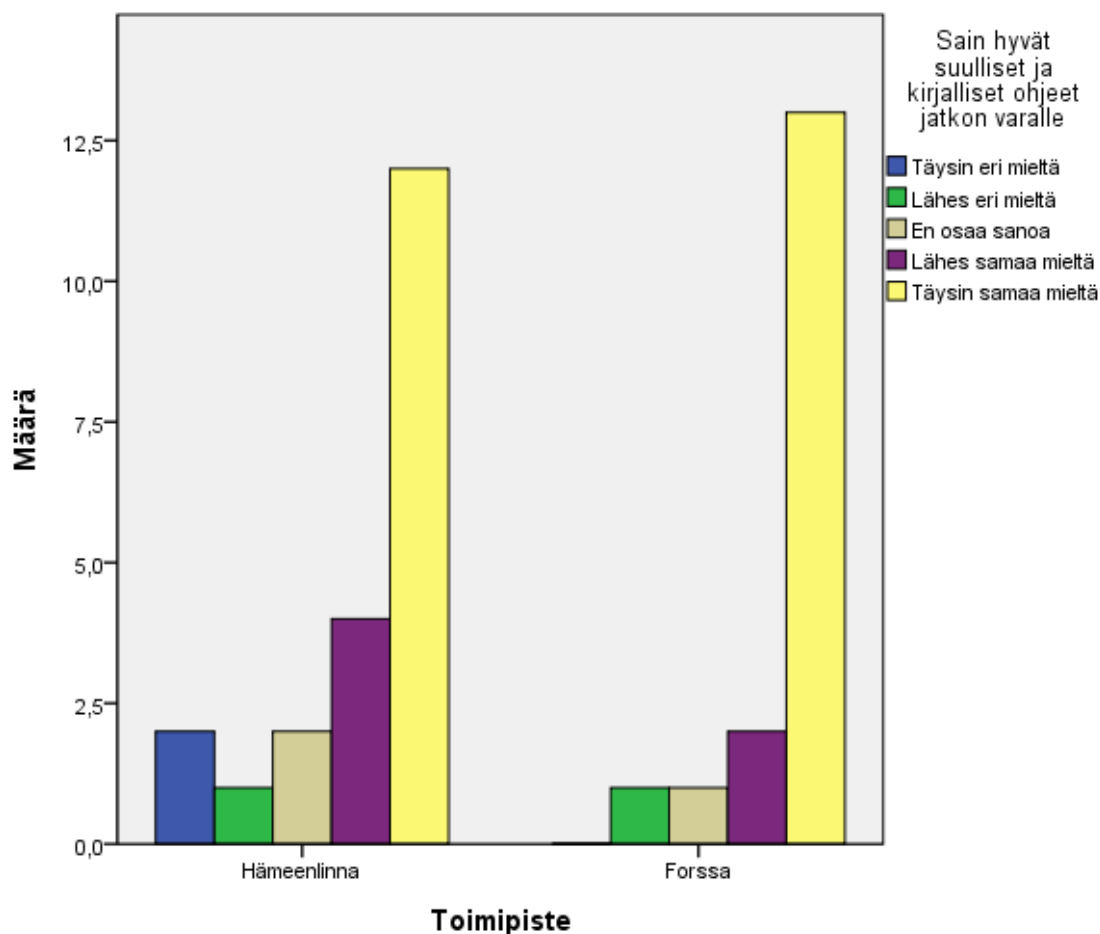
Tähän osioon vastasivat ne potilaat, joilla ei ollut tarvetta kuljetukseen (x-5 ja x-8 koodatut). Teema sisältää kolme väittämää; henkilökunta perusteli kuljettamatta jättämisen riittävän hyvin, sain hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet jatkon varalle ja saatoin jäädä turvallisesti kotiin, vaikka minua ei kuljetettu. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,7. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) kokonaiskeskiarvoksi teemalle muodostui 4,6.



Kuvio 20. Henkilökunta perusteli kuljettamatta jättämisen riittävän hyvin

Hämeenlinnassa vastanneita oli 21. Lähes samaa mieltä oli kaksi (9,5 %) ja täysin samaa mieltä oli 19 (90,5 %). Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi kaksi (100,0 %), jotka olivat täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä seitsemän, joista yksi (14,3 %) oli lähes samaa mieltä ja kuusi (85,7 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 12, joista yksi (8,3 %) oli lähes samaa mieltä, 11 (91,7 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,9.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 16. Lähes eri mieltä oli yksi (6,3 %), lähes samaa mieltä oli neljä (25,0 %) ja täysin samaa mieltä oli 11 (68,8 %). Kolme jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli lähes samaa mieltä. 19-64-vuotiaita vastasi yhteensä neljä, joista yksi (25,0 %) oli lähes eri mieltä, yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kaksi (50,0 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 11, joista kaksi (18,2 %) oli lähes samaa mieltä ja yhdeksän (81,8 %) oli täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.



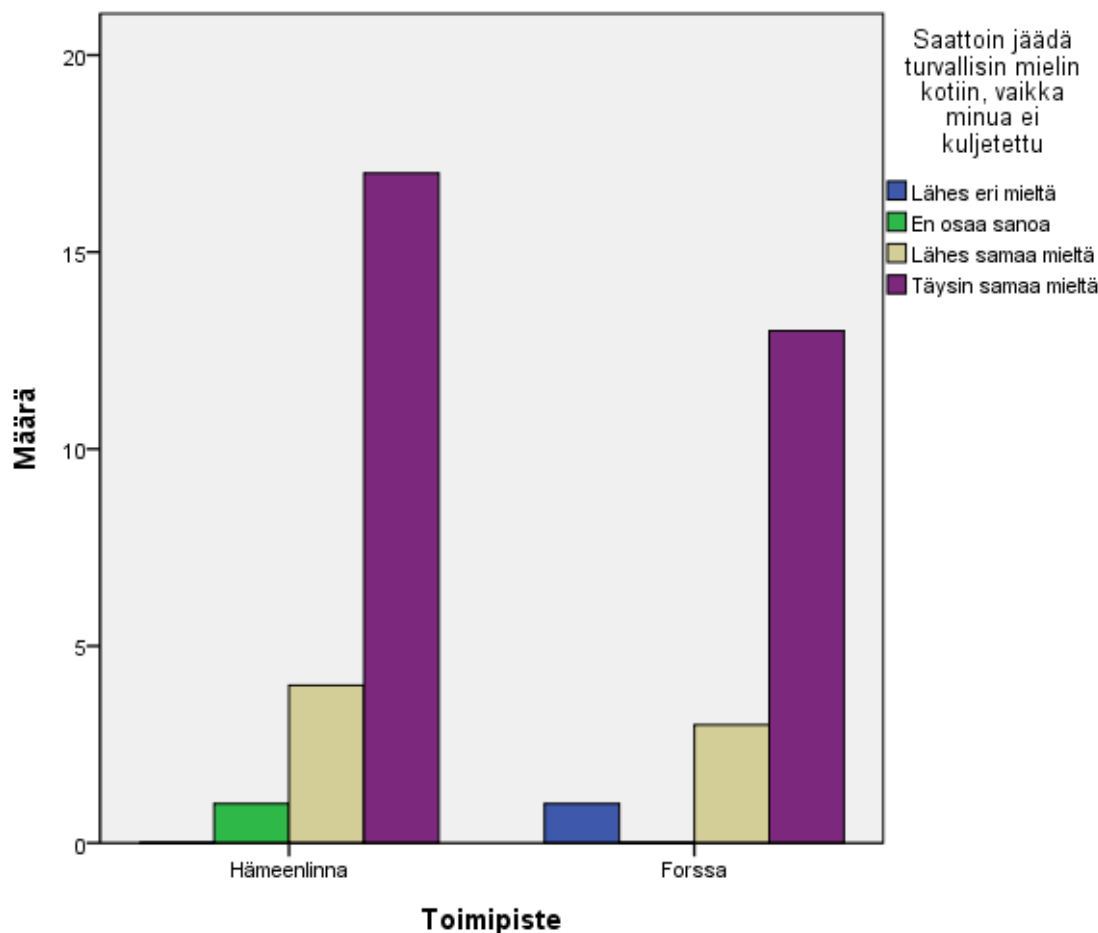
Kuvio 21. Sain hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet jatkon varalle

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 21. Täysin eri mieltä oli 2 (9,5 %), lähes eri mieltä oli yksi (4,8 %), en osaa sanoa vastasi kaksi (9,5 %), lähes samaa mieltä oli neljä (19,0 %) ja täysin samaa mieltä oli 12 (57,1 %). Yksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yhteensä kaksi, joista yksi (50,0 %) ei osannut sanoa ja yksi (50,0 %) oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä seitsemän, joista yksi (14,2 %) oli täysin eri mieltä, yksi (14,3 %) oli lähes eri mieltä, yksi (14,3 %) ei osannut sanoa ja neljä (57,1 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 12, joista yksi (8,3 %) oli täysin eri mieltä, neljä (33,3 %) oli lähes samaa mieltä ja seitsemän (58,3 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinnaan arviointias- teikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,5.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 17. Lähes eri mieltä oli yksi (5,9 %), en osaa sanoa vastasi yksi (5,9 %), lähes samaa mieltä oli kaksi (11,8 %) ja täysin samaa mieltä oli 13 (76,5 %). Kaksi jätti vastaamatta kysymykseen. 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli lähes samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä neljä, joista yksi (25,0 %) oli lähes eri mieltä, yksi (25,0 %) ei osannut sanoa ja kaksi (50,0 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 12, joista yksi (8,3 %) oli lähes samaa mieltä ja 11 (91,7 %) oli täysin samaa mieltä.

Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,6.

Kuvio 22. Saattoin jäädä turvallisesti kotiin, vaikka minua ei kuljetettu



Saattoin jäädä turvallisesti kotiin, vaikka minua ei kuljetettu

Hämeenlinnassa vastanneita oli yhteensä 22. En osaa sanoa vastasi yksi (4,5 %), lähes samaa mieltä oli neljä (18,2 %) ja täysin samaa mieltä oli 17 (77,3 %). 0-18-vuotiaita vastasi yhteensä kaksi, joista yksi (50,0 %) oli lähes samaa mieltä ja yksi (50,0 %) oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä seitsemän, joista yksi (14,3 %) ei osannut sanoa ja kuusi (85,7 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 13, joista kolme (23,1 %) oli lähes samaa mieltä ja 10 (76,9 %) oli täysin samaa mieltä. Hämeenlinna arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,7.

Forssassa vastanneita oli yhteensä 17. Lähes eri mieltä oli yksi (5,9 %), lähes samaa mieltä oli kolme (17,6 %) ja täysin samaa mieltä oli 13 (76,5 %). Kaksi jätti vastaamatta kysymyksen. 0-18-vuotiaita vastasi yksi (100,0 %), joka oli täysin samaa mieltä. 19-63-vuotiaita vastasi yhteensä neljä, joista yksi (25,0 %) oli lähes eri mieltä, yksi (25,0 %) oli lähes samaa mieltä ja kaksi (50,0 %) oli täysin samaa mieltä. 64-100-vuotiaita vastasi yhteensä 12, joista kaksi (16,7

%) oli lähes samaa mieltä ja 10 (83,3 %) oli täysin samaa mieltä. Forssaan arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) keskiarvoksi väittämälle muodostui 4,7.

Tähän osioon vastasivat ne potilaat, joilla ei ollut tarvetta kuljetukseen (x-5 ja x-8 koodatut). Teema sisältää kolme väittämää; henkilökunta perusteli kuljettamatta jättämisen riittävän hyvin, sain hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet jatkon varalle ja saatoin jäädä turvallisesti kotiin, vaikka minua ei kuljetettu. Keskiarvoksi teemalle muodostui arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) Hämeenlinnassa 4,7 ja Forssassa 4,6. Keskiarvon mukaan potilaat olivat tyytyväisiä teeman väittämiin. Teema sai korkeimmat keskiarvot niin Hämeenlinnassa kuin Forssassakin. Vapaa sana -osiossa oli kuitenkin vähiten palautetta koskien kuljettamatta jättämistä. Palaute, jota sanallisissa palautteissa tuli, oli pelkkää positiivista. Tyytyväisiä oltiin vitaaliarvojen mittaamiseen ja ohjeisiin kuinka kotona tulisi toimia.

Hämeenlinna

”Jo toisen kerran jouduin samaan tilanteeseen. Mieheni kuitenkin oli huolissaan ja kertoi minun menettäneen tajuntani. Itse olen sitä mieltä, että olin tajuissani vaikka hyvin heikko, pystyin kuitenkin konttaamaan lattialta vuoteeseen (n.4m) Tutkimukseni tehtiin asiallisesti ja pystyin vastaamaan kyselyihin. Olen tyytyväinen tehtyyn ratkaisuun, koska en mielestäni enää tarvinnut kuljetusta sairaalaan. Tilanne oli silloin jo rauhoittunut. Tuntui turvalliselta jäädä kotiin tarkistuksen jälkeen.” Nainen 80vuotta. Vastasi teeman kaikkiin väittämiin täysin samaa mieltä.

Forssa

”Olen tyytyväinen saamiini ohjeisiin, kun tein niin tuli hyvä olo ja paranin.” Nainen 68vuotta. Vastasi teeman väittämiin täysin samaa mieltä.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Ensimmäinen tavoite tutkimukselle oli selvittää potilaiden näkökulmasta ensihoitotehtävien laatua ja toinen tavoite oli löytää jo hyvin toimivat ja luotettavat työmenetelmät. Tutkimuksen arviointiasteikolla 1-5 (1=huonoin ja 5= paras) muodostui keskiarvoksi yli 4 jokaiseen teemaan ja väittämään. Halonen ja Pennanen (2009) jakoivat tutkimuksessaan vastaukset tyytymättömiin asiakkaisiin (arviointiasteikon arvot 1 ja 2) ja tyytyväisiin asiakkaisiin (arviointiasteikon arvot 4 ja 5). Käytimme samaa arviointiasteikkoa tutkimuksessa arvioidessa asiakkaiden tyytyväisyyttä. Potilaat olivat keskiarvollisesti tyytyväisiä jokaiseen väittämään palvelun laadusta. Hyvin toimiviksi ja luotettaviksi menetelmiksi tutkimuksessa keskiarvon perusteella

voi todeta kaikki teemat, mutta tulosten keskiarvoissa oli suurimmillaan 0,8 arvon eriyäisyys. Parhaiten toimivaksi ja luotettavaksi asiakasnäkökulmasta nousi kohteessa hoidetuille tarkoitettu teema, joka sisälsi väittämät; henkilökunta perusteli kuljettamatta jättämisen riittävän hyvin (Hämeenlinna 4,9 ja Forssa 4,6), sain hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet jatkon varalle (Hämeenlinna 4,5 ja Forssa 4,6) ja saatoin jäädä turvallisesti kotiin, vaikka minua ei kuljetettu (Hämeenlinna 4,7 ja Forssa 4,7). Teeman keskiarvo Hämeenlinnassa oli 4,7 ja Forssassa 4,6. Alhaisimman keskiarvon teemoista Hämeenlinna ja Forssa saivat teemasta hoitotapah-tuman yksilöllisyys ja ainutkertaisuus (Hämeenlinna 4,4 ja Forssa 4,4). Yksittäinen alhaisin arvo 4,1 (Hämeenlinna) oli väittämälle omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon. Forssassa kyseisen väittämän keskiarvo oli 4,3.

Kolmas tavoite ja tarkoitus tutkimukselle oli mahdollistaa ensihoitopalveluiden tarkkaileminen, parantaminen ja vertailu. Tavoite onnistui tutkimuksessa hyvin, koska vastausprosentti oli molemmissa tutkittavissa toimialueissa sama, ja näin tutkimusaineisto oli vertailukelpoista. Tutkimuksessa tutkittiin kahden toimialueen, Hämeenlinnan ja Forssan ensihoitopalveluiden laatua samassa tutkimuksessa, joka mahdollisti tulosten yhtäaikaisen vertaamisen. Tutkimuksessa ilmeni, että Hämeenlinnassa oli tutkimuksen korkeimmat ja alhaisimmat keskiarvot. Forssassa keskiarvot olivat tasaisemmat. Neljäntenä tavoitteena oli parantaa yhteistyötä eri toimialueiden kesken (Forssa, Hämeenlinna ja Riihimäki). Tavoitteen onnistumista ei tässä työssä voi todentaa, koska tutkimus ei yllä kuin tutkimusten julkistamiseen ja mahdolliset muutokset yhteisyydessä tulee tapahtumaan myöhemmin.

9 POHDINTA

Tutkimukseen vastanneista tyytyväisimpiä Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen tuottamaan ensihoitopalveluiden laatuun olivat teemaan kohteessa hoidetut potilaat, joka ilmeni korkeimmilla keskiarvoilla Hämeenlinnassa ja Forssassa. Potilaan itse soittaessa apua tai hänelle soitettaessa apua voi olla väärinymmärtämistä, että potilas kuljetetaan jatkohoitoon terveyskeskukseen tai sairaalaan. Potilas ei aina kuitenkaan kuljetusta jatkohoitoon tarvitse ja tämä tulee selventää potilaalle selkeästi. Näissä tilanteissa hoitohenkilökunta todennäköisesti tutkii ja hoitaa potilaan erityisen tarkasti, jotta voi tehdä oman päätöksen jatkohoidon suhteen. Potilas saa siis kattavan kuvan terveydentilastaan ja kuljettamatta jättämisen perusteluista. Potilaalle jää myös sairaankuljetusselvitys -lomakkeesta osa, josta annetut ohjeet voi tarvittaessa tarkistaa. Koskelan ja Lehtolan (2009, 16) mukaan kynnys soittaa hätänumeroon on pienentynyt väestön ikääntyessä ja palvelujen keskittyttyä tietyille alueille ja tämän vuoksi ensihoitopalvelun tuottajille tulee myös enemmän tehtäviä ja myös kohteessa hoidettuja potilaita tulee näin enemmän. Lääkärin konsultaatiosta ensihoitaja saa tukea päätökseen jättää potilas kuljettamatta, konsultaatio tulee kirjata ensihoitokertomukseen. Potilaalla on oikeus

tietää terveydentilansa ja saada siitä riittävästi informaatioita niin, että potilas ymmärtää sen, potilaalla on myös oikeus nähdä hoitoaan koskeva asiakirja, eli ensihoitokertomus. Potilaan ensihoitokertomukseen tulee kirjata suullisten ohjeiden lisäksi ohje jatkohoitoon hakeutumisesta, mikäli ensihoitajan mielestä jatkohoito on aiheellista. (Koskela & Lehtola 2009, 21, 49-50.) Tilanteessa, jossa kuljetusta ei saa ambulanssilta voisi ymmärtää, että osion keskiarvo olisi ollut matalampi. Hämeenlinnassa ja Forssassa tässä on suoriuduttu kuitenkin hienosti ja tähän syynä voi olla ammattitaitoinen ja pätevä henkilökunta, joka osaa perustella kantansa ja päätöksensä niin, että potilaalle jää tilanteen jälkeen turvallinen olo.

Alhaisimmat keskiarvot Hämeenlinna ja Forssa saivat väittämästä omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon (Hämeenlinna 4,1 ja Forssa 4,3). Tähän syynä voi olla, että hoitaessa potilasta ei tule niin keskittyä muihin paikallaolijoihin. Omaiselle voisi riittää selvitys potilaan tilasta ja rauhoittelu, mutta tässä tulee kuitenkin muistaa, että potilaan asioita ei tulisi kertoa muille ilman potilaan lupaa. Karjalainen ym. (2009, 11) löysivät tutkimuksessaan omaisen kohtaamisessa tärkeäksi koettavan hoitajan taitoa tulkita omaisen tarvetta saada informaatioita tilanteesta ja tukea, hoitohenkilökunnan on pyrittävä vastaamaan kyseisiin tarpeisiin mahdollisimman hyvin.

Hämeenlinnan ja Forssan toimipisteissä vastanneita oli yhteensä 72, kokonaisvastausprosentti muodostui siis täysin samaksi eli 32.0 %. Yksi tutkimusongelma oli aikaisempien ensihoitoa koskevien tutkimusten pieni vastausprosentti, joka näkyi tässäkin tutkimuksessa. Aikaisemmassa Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen potilastyytyväisyys tutkimuksessa, joka koski Riihimäen toimialuetta vastausprosentti oli 41 % (Halonen & Pennanen 2009, 48). Vastausprosentti kertoo kuitenkin tasaisesta halukkuudesta vastata kyselyyn niin Hämeenlinnassa kuin Forssassa. Yksi syy pieniin vastausprosentteihin voi olla, että moni kyselyn kriteereihin sopiva, jolle kysely lähetettiin, ei ollut vielä kotiutunut sairaalasta ja tämän vuoksi ei ole pystynyt vastaamaan kyselyyn. Toinen mahdollinen syy voi olla nykyinen kiireinen elämäntyyli, jolloin vastaajat eivät ole löytäneet aikaa tai kiinnostusta kyselyyn vastaamiseen. Mahdollinen kehityskohde tuleville tutkimuksille voisikin olla tutkimuksen tärkeyden ilmaiseminen selvemmin, esimerkiksi lainaus terveydenhuollon laista, jossa kerrotaan palveluntuottajan velvollisuudesta kehittää ja tutkia toimintaansa. Myös tutkimustapaa voisi kehittää niin, että kyselyyn vastaajat saisivat heti ensihoitopalvelun jälkeen tutkimuslomakkeen täytettäväksi esimerkiksi sairaalassa, tai potilaalle jätettäisiin vastauslomake kotiin täytettäväksi, jos ensihoitopalvelun kohtaaminen ei edellytä kuljetusta jatkohoitopaikkaan. Näin hoitotapahtuma olisi vielä niin sanotusti tuoreessa muistissa ja halukkuus vastaamiseen voisi näin ollen olla suurempaa. Elomaa (2011, 33, 36) löysi tutkimuksessaan vastausprosenttia nostavaksi tekijäksi kyselyn uudelleen lähettämisen, jonka voi toistaa kaksi kertaa, Elomaa lisää kuitenkin, että kyselylomakkeiden uudelleen lähettäminen venyttää tutkimuksen aikataulua. Tutkimustulosten luotettavuutta tulee kyseenalaistaa jos kyselylomakkeet lähetetään useaan otteeseen, koska kysely-

lomakkeet ovat identtiset eikä niitä ole numeroitu. Tämä mahdollistaa, että jo kerran tutkimukseen vastannut vastaa toistamiseen samaan tutkimukseen kasvaa.

Toinen tutkimusongelma oli poiminnan suorittajan luotettavuus. Poiminnan suorittaja voi valita tutkimukseen osallistuvat asiakkaat hyvin menneiden tehtävien perusteella. Tutkimusaineisto oli värikästä ja vaihtelevaa, joten tutkijat eivät usko poiminnan suorittajan vaikuttaneen tutkimustulokseen. Poiminnan suorittajat suorittivat tehtävänsä aikataulussa ja sovitusti, joka kasvatti tutkijoiden luottamusta poiminnan luotettavuuden suhteen.

Mahdolliseksi tutkimusongelmaksi nimettiin potilaiden hätä. Kun ihmisellä on hätä ja hän tarvitsee apua, voi kiitollisuus olla suurta, eikä silloin palvelun laatuun saateta kiinnittää huomiota. Kiitollisuuden tunteen alla voi myös jättää kertomatta ensihoidon aikana tapahtuneista negatiivisista kokemuksista. Vahvistusta tutkimusongelmasta hätä tuli tulosten kautta esiin, koska vastauksien keskiarvot ovat yli 4 jokaiselle väittämälle, mutta sanallinen palaute oli hyvin kriittistä. Mikä vaikuttaa numeraalisen ja sanallisen arvioinnin eroihin? Tähän mahdollinen syy voi olla, että 5-portainen likert-asteikko on liian suppea antamaan mahdollisuuden kuvata numeraalisesti omaa kokemusta. Tämä tuli ilmi, kun teeman väittämät yhdistettiin vapaa sana-osioista esiin tullessiin kommentteihin. Moni negatiivista sanallista palautetta antanut oli valinnut väittämistä lähes samaa mieltä vaihtoehdon, näin olivat tehneet monet positiivista palautetta antaneetkin. Tästä voisi tehdä johtopäätöksen, että potilaat ovat olleet tyytyväisiä varmasti vain yli neljän ja puolen keskiarvon saaneisiin väittämiin.

Tutkimustuloksia laskettaessa ja mittarin luotettavuutta pohtiessa esiin nousi tilastollinen epäkohta. Väittämien ja teemojen keskiarvojen laskeminen käyttäen 5-portaista likert-asteikkoa ei ole tilastollisesti oikein. Tähän perusteluna on vastausvaihtoehdolle ”en osaa sanoa” annettu numeraalinen arvo kolme, joka olisi kuulunut olla nolla. Jos vastausvaihtoehdolle ”en osaa sanoa” olisi annettu arvo nolla, eivät kyseiset vastaukset olisi vaikuttaneet keskiarvoihin. Martikainen ja Nordlund (2009, 11) huomauttavat, että 5 portaista likert-asteikkoa käytettäessä keskimäinen vaihtoehdon tulisi olla neutraali, esimerkiksi ”ei samaa/ eikä eri mieltä”.

Tulevissa tutkimuksissa tulisi kehittää mittaria niin, että vastausvaihtoehtoja olisi laajempi määrä, jolloin vastaajien olisi helpompi löytää mielipidettään vastaava vaihtoehto. Vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” tulisi pisteyttää nolaksi, jotta tutkimustulokset olisivat tilastollisesti todistettavissa oikeiksi. Kehityskohteena voisi lisäksi olla, että jokaisen teeman jälkeen lisättäisiin vapaa sana-osio. Tällöin vapaat kommentit olisi helppoa liittää varmasti oikeaan teemaan ja väittämään. Näin tyytyväisyyttä ja tyytymättömyyttä voisi mahdollisesti ilmaista selvemmin. Kyseinen muutos mittariin selkeyttäisi myös tutkijoiden työtä, koska näin sanallinen ja numeraalinen palaute olisi selkeästi samasta asiasta, ja helpottaisi näin tulosten ana-

lysointia. Tutkimuslomaketta tai saatekirjettä voisi kehittää selvemmäksi, jotta tutkimukseen vastaava vastaisi varmasti juuri tutkittavaa ensihoidollista kokemusta, ei aikaisempia ensi- tai sairaanhoidollisia kokemuksia.

10 EETTISYYS

Hoitotyöntekijä perustaa päätöksensä ja tapansa toimia erilaisiin tutkimuksiin, joilla hän myös perustelee toimintansa. Hoitotyöntekijät ovat myös usein itse tutkimuksen kohteena tai tutkittavana. Tutkimusten tarkoitus on luoda näyttöön perustuvaa tietoa hoitotyöstä, jotta hoito olisi mahdollista ja eettisesti luotettavaa. Hoitotyön koulutuksen siirryttyä ammattikorkeakouluihin tuli tutkimuksista tärkeää jo koulutusvaiheessa. Hoitotyöntekijän tuleekin pohtia ja olla kriittinen tutkimuksia lukiessaan. Hoitotyön ammattilaisten tulee tuntea tutkimuksen eri vaiheet, jotta on kyvykäs arvioimaan tutkimuksen eettistä luotettavuutta tutkimuksen eri vaiheissa. (Leino- Kilpi & Välimäki 2008, 360- 361.)

Tutkimuksessa suurin eettinen pulma oli asiakassuojan säilyminen, ettei tutkijoiden tietoon tule potilaiden henkilöllisyys. Kanta-Hämeen pelastuslaitos oli halukas auttamaan tutkimuksen poiminnan suorittamisessa ja potilaiden asiakassuojan säilyttämisessä.

Lähteet

Asetus 546/1994. Asetus sairaankuljetuksesta 28.6.1994.

Borisov, H. 2010. Hätäkeskustoiminta.

Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi, J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2005a. 3.korjattu painos. Ensihoidon perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Castren, M., Kinnunen, A., Paakkonen, H., Pousi J., Seppälä, J. & Väisänen, O. 2002b. Ensihoidon perusteet.

Elomaa, M. 2011. Selvitys sairaankuljetuksesta Vaasan sairaanhoitopiirin alueella. Vaasan ammattikorkeakoulu.

L 1062/1989. Laki erikoissairaanhoidosta 1.12.1989.

Halonen, M. & Pennanen, K. 2009. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Riihimäen toimialueen potilastytyväisyys ensihoitopalveluiden laatuun. Hämeen Ammattikorkea.

Himanen K. & Tillanen P.2010. Ensihoidossa x-5- ja x-8- koodattujen potilaiden hakeutuminen hoitoon Mikkelin seudulla. Saimaan Ammattikorkeakoulu.

Hirvinen, M. & Tikkanen, S. 2006. Potilastytyväisyys Kainuun pelastuslaitoksen Kajaanin yksikön sairaankuljetuksessa. Kajaanin Ammattikorkeakoulu.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistää. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.

Ivaska, A-K. & Seppälä, L. 2008. Kipumittarit osana potilaan kivun arviointia - kipumittareiden käyttöopas. Diakonia-ammattikorkeakoulu.

Kanta-Hämeen pelastuslaitos.2009. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen organisaatiokaavio.

Kanta-Hämeen pelastuslaitos. 2011a. Ensihoitopalvelu. Vuosiraportti 2010.

Kanta-Hämeen pelastuslaitos. 2011b. PEREHDYTY: Ensihoitopalvelut.

Koskela, K. & Lehtola, J. 2009. Kirjallinen ohjeistus potilaan kuljettamatta jättämistilanteisiin ensihoitohenkilöstölle.

Kosonen, T. & Luoma- aho, J. 2007. Sairaankuljetuksen ja ensihoidon laatua potilaan näkökulmasta. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu.

Kuisma, M., Holmstöm, P. & Porthan, K. 2008. Ensihoito. Gummerus kirjapaino Oy.

Kuisma M. 2007, Ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelujen kehittäminen- selvitysmiehen raportti Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kultalahti, M. 2010. Sairaankuljettajien kokemuksia kivunhoidon toteuttamisesta ensihoidossa ja hoitotason sairaankuljetuksessa. Keski- Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

Kärki, T. 2007. Potilaiden ja hoitajien välinen vuorovaikutus päivystyspoliklinikalla. Satakunnan Ammattikorkeakoulu.

L 731/1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999.

L 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992.

Lakiesitys Terveystieteidenhuoltolaista, joka astui voimaan 1.5.2011.

L 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstöstä 28.6.1994.

L 417/2007. Lastensuojelulaki 13.4.2007.

L 1116/90. Mielenterveyslaki 14.12.1990.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Uudistettu painos 2009. Oppimateriaalit Oy. Kustantaja WSOY.

Luoto, C. & Rantanen, P-M. 2009, Väkivallan uhan tunnistaminen sairaankuljetuksessa- Aggression hallintaa MAPA- menetelmällä. Laurea- ammattikorkeakoulu.

Lähde, J. 2011. Kanta-Hämeen pelastuslaitos.

Lähdesmäki, S., Karjalainen, P. & Paavola, J. 2009. Potilaiden kokemuksia sairaalaan ulkopuolisesta ensihoidosta tutki opinnäytetyössään. Laurea- ammattikorkeakoulu.

Martikainen, M & Nordlund, J. 2009. Keskoslapsen vanhempien ohjauksen arvioinnissa käytetyt mittarit. Kirjallisuuskatsaus.

Niemi, J. 2006. Nastolan sairaankuljetus Oy:n laadunhallintajärjestelmän ISO 9001:2000. Suunnittelusta sertifiointiin vuosina 2004-2006. Lahden Ammattikorkeakoulu.

Ryynänen, O-P., Iirola, T., Reitala, J., Palve, H. & Malmivaara, A. 2008. Ensihoidon vaikuttavuus - järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 2008; 32. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Räty, V. & Sinivirta, T. 2009. Palvelu oli hyvää ja apu vielä parempaa" potilaiden kokemuksia sairaankuljetuksesta. Diakonia- ammattikorkeakoulu.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Päihtyneen henkilön akuuttihoito, sosiaali- ja terveysministeriön ohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:65.

Stenberg, T. 2011. Kanta-Hämeen pelastuslaitos.

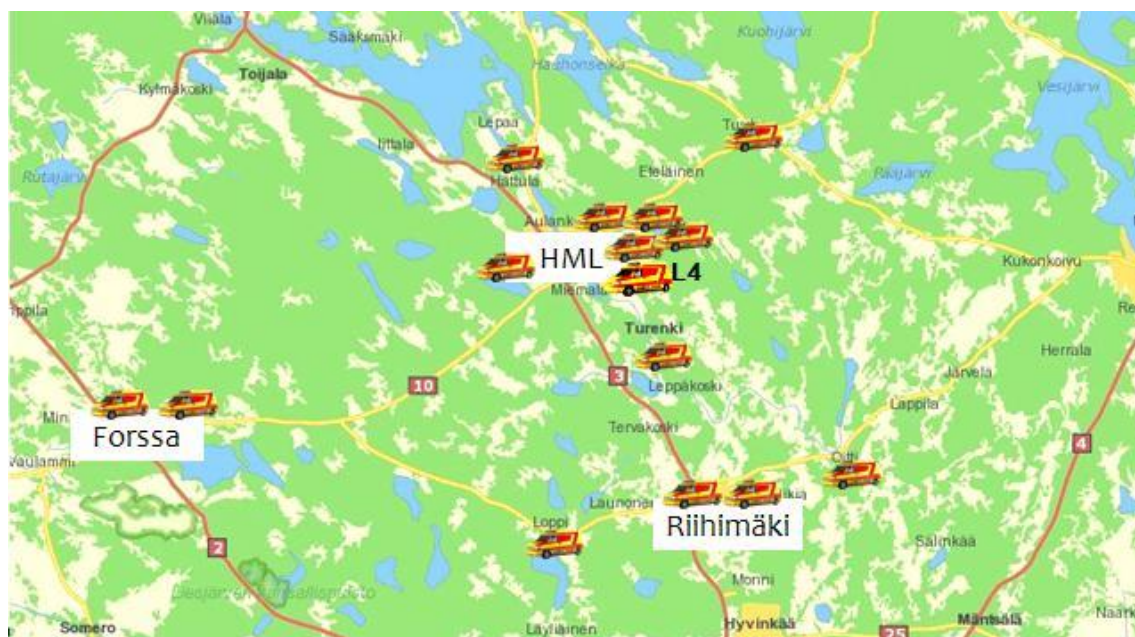
Suomen sanakirja. Viitattu 21.1.2011
<http://suomisanakirja.fi/vuorovaikutus>

Toikka, V. 2006. Pelastustieto- lehti. Artikkelit. 8/2006. Standardi ja asetus tuovat yhdenmukaisuutta sairausautoihin.

Viitamäki, R. 2011. Kanta-Hämeen Pelastuslaitos.

Vilhunen, S. 2009. Kun potilasta ei kuljeteta. Päijät- Hämeen pelastuslaitoksen ensihoidon X- koodit syyskuussa 2008. Lahden ammattikorkeakoulu.

Kuvio 3. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköt sijoitettuna kartalle



Kuvio 3. Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitoyksiköt sijoitettuna kartalle. Stenberg 2011.

Taulukko 1. Kanta- Hämeen ensihoitopalvelut 2011

YKSIKKÖ	MIEHITYS	VALMIUS	ASEMAPAIKKA
HL4	Lääkintäesimies	24h	Hämeenlinnan paloasema
H491	H+P	24h	Hämeenlinnan paloasema
H492	H+P	24h	Hämeenlinnan paloasema
H493	H+P	24h	Kanta-Hämeen keskussai- raala/ Kanta- Hämeenlinna
J591	H+P	24h	Janakkalan paloasema
H593	H+P	24h	Tuuloksen paloasema
H594	H+P	12h/ (viikonloppu8h)	Hämeenlinnan paloasema, Kanta-Hämeenlinna/K-HKS
H495	H+P	8h Arkisin	Hämeenlinnan paloasema/ Kanta-Hämeenlinna/K-HKS
H496	P	8h Arkisin	Hämeenlinnan paloasema/ Kanta-Hämeenlinna/K-HKS
F791	H+P	24h	Forssan paloasema
F792	H+P	24h	Forssan paloasema
F793	H+P	Vara auto	Forssan paloasema
R691	H+P	24h	Riihimäen paloasema
R692	(H+)P	8h Arkisin	Riihimäen paloasema

Kanta-Hämeen ensihoitopalvelut. Perehdytys: Ensihoitopalvelut 2011. Lähde, Viitamäki & Stenberg 2011.

Liitteet

- Liite 1. Glasgow´n kooma-asteikko, GCS
- Liite 2. Kriteerit, kohdejoukon rajausohjeet
- Liite 3. X- koodit ja niiden merkitykset
- Liite 4. Saatekirje
- Liite 5. Kyselykaavake kuljetetuille
- Liite 6. Kyselylomake kohteessa hoidetuille
- Liite 7. Hämeenlinnan tulokset
- Liite 8. Forssan tulokset

Liite 1. Glasgow´n kooma-asteikko, GCS

Silmien avaaminen	Pisteet
-------------------	---------

Itsestään	4
Pyydettyäessä kovalla äänellä	3
Kivulle	2
Ei reaktioita	1

Puhevaste	Pisteet
-----------	---------

Orientoitunut	5
Sekava	4
Yksittäisiä sanoja	3
Ääntelyä	2
Ei ääntä	1

Liikevaste	Pisteet
------------	---------

Noudattaa kehotusta	6
Paikantaa kivun	5
Väistö kivulle	4
Koukistus	3
Ojennus	2
Ei vastetta	1

Muistisääntönä voi käyttää sanaa SI PU LI, silmien liike, puhevaste, liikevaste. Muistisääntö kertoo myös tutkimusjärjestyksen. (Kuisma ym. 2008, s83)

Liite 2. Kriteerit, kohdejoukon rajausohjeet

1. Hälytys on tullut Hälytyskeskuksen kautta, eli pois jäävät laitosten väliset siirtokuljetukset
2. Joukkoon kuuluvat potilaat, jotka on kuljetettu jatkohoitopaikkaan esim. terveyskeskus, Riihimäen aluesairaala, K-HKS
3. Joukkoon kuuluvat myös ne potilaat, joiden tilanne saadaan hoidettua tapahtumapaikalla. Tehtävät X-5 ja X-8
4. Glasgow'n asteikolla tajunnan tason tulee olla vähintään 14 pistettä
5. Ensihoitokertomuksessa mainittu vahva humalatila ja 1,5 promillen ja yli puhaltaminen pois sulkevat potilaan pois tutkimuksesta. Myös merkintä vahvasti huumausaineiden vaikutuksen alla oleva pois suljetaan.
6. Ensihoitokertomuksessa mainittu vaikea-asteinen dementia sulkee potilaan pois tutkimuksesta. Tarkoituksena on, että tutkimukseen osallistuva pystyy vastaamaan itse väittämiin ja kysymykseen
7. Ajatuksena on lähettää kysely myös lapsipotilaille, jolloin mukana oleva vanhempi vastaa kyselyyn lapsen puolesta.

(Halonen & Pennanen, 2009)

Liite 3. X- koodit ja niiden merkitykset

X-1	Potilas menehtyi tapahtumapaikalla ennen kuljetusta.
X-2	Potilas ei tarvinnut hoitoa, mutta hänet annettiin poliisin huostaan.
X-3	Kohteeseen pyydettiin muuta virka-apua (esim. kotisairaanhoidaja).
X-4A	Potilas kuljetettiin lääkärin tai ensihoitajan saattamana muulla ajoneuvolla.
X-4	Potilas kuljetettiin hoitoon muulla ajoneuvolla (esim. toisella ambulanssilla).
X-5	Potilas ei tarvinnut mitään lääkinnällisiä toimenpiteitä ja jäi kohteeseen.
X-6	Potilas kieltäytyi hoidosta.
X-7	Potilasta ei löydetty.
X-8	Potilas hoidettiin kohteessa.
X-9	Käskyvaltainen viranomainen peruutti tehtävän.
X-0	Tehtävä keskeytyi teknisestä syystä.

(Kuisma 2008, 111- 113.)

Liite 4. Saatekirje

Hyvä vastaanottaja,

Teemme tutkimusta, jonka tarkoituksena on mitata ja kehittää Kanta- Hämeen pelastuslaitoksen ensihoitopalveluiden potilastyytyväisyyttä osana toiminnan laadunhallintaa. Mittaaminen perustuu potilaiden kokemuksiin saamastaan palvelusta, siksi lähestymme tällä kertaa muiden muassa juuri Teitä.

Tutkimus tehdään yhteistyössä Laurea ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman ja Kanta- Hämeen pelastuslaitoksen kanssa. Tutkijoina toimivat sairaanhoidon opiskelijat Rochelle Santos ja Emmi Sorsa. Ohjaavana opettajana toimii FT Jorma Jokela.

Oheisen kyselylomakkeen ja vastauskirjekuoren on Teille postittanut pelastuslaitoksen seutukuntakohtainen vastuuhenkilö Forssan paloasemalta, eikä henkilötietonne ei tule missään vaiheessa tutkimusta muiden henkilöiden tietoon. Vastajat eivät henkilöidy kyselylomakkeessa. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Pyydämme, että vastaisitte kyselylomakkeeseen omien kokemustenne mukaan ja postittaisitte täytetyn lomakkeen mukana tullessa vastauskirjekuoressa. Kyselylomake tulisi postittaa kahden viikon kuluessa saapumisesta. Vastauskirjekuoret ohjataan suoraan tutkijoille, eikä pelastuslaitokselle tule tietoa yksittäisistä vastauksista.

Laadun ylläpidon ja kehittämisen kannalta toivomme osallistumistanne.

Mikäli tutkimukseen liittyy kysymyksiä, niin vastaamme niihin mielellämme.

Kiitos vastauksestanne.

Rochelle Santos

LAUREA/ Hoitotyön koulutusohjelma
ohjelma

Uudenmaankatu 22

05800 Hyvinkää

rochelle.santos@laurea.fi

Emmi Sorsa

LAUREA/ Hoitotyön koulutus-

Uudenmaankatu 22

05800 Hyvinkää

emmi.sorsa@laurea.fi

Liite 5. Kyselykaavake kuljetetuille

KYSELYLOMAKE Ensihoidon potilastyytyväisyys Kanta-Hämeen pelastuslaitos

Kyselykaavakkeessa on 18 väittämää ja yksi avoin kysymys. Väittämät koskevat Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Forssan seutukunnalle tuotettujen ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden laatua. Väittämiin ei ole olemassa oikeaa eikä väärää vastausta. Ympyröikää mielestänne sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Ikä_____

2. Sukupuoli Mies_____ Nainen_____

Valitkaa ympyröimällä kunkin väittämän kohdalla se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten Teidän mielestänne ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

3. Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja esitteli itsensä 1 2 3 4 5

4. Asusteet ja olemus olivat asianmukaiset 1 2 3 4 5

5. Henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuudentunteen 1 2 3 4 5

Seuraavat väittämät koskevat ambulanssihenkilökunnan ammattitaitoa. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

6. Henkilökunta oli ammattitaitoista ja määrätietoista 1 2 3 4 5

7. Toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallinnassa 1 2 3 4 5

8. Tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet suoritettiin oikein 1 2 3 4 5

9. Omaiset ja muut paikallaolijat otettiin huomioon 1 2 3 4 5

Seuraavissa väittämissä käsitellään hoitotapahtumanne yksilöllisyyttä ja ainutkertaisuutta. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

10. Palvelun saanti oli riittävän nopeaa 1 2 3 4 5

11. Kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin 1 2 3 4 5

12. Minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti 1 2 3 4 5

13. Sain riittävästi informaatiota tilanteen etenemisestä 1 2 3 4 5

14. Yksityisyyttäni kunnioitettiin 1 2 3 4 5

Seuraavissa väittämissä käsitellään ambulanssin sisätiloja ja kuljetustapaa. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

15. Ambulanssin sisätilat olivat siistit 1 2 3 4 5

16. Ambulanssissa oli riittävän lämmin 1 2 3 4 5

17. Kuljetustapa oli turvallinen ja olosuhteisiin nähden miellyttävä 1 2 3 4 5

18. Minulle valittiin oikea jatkohoitopaikka 1 2 3 4 5

Seuraavassa kohdassa voitte antaa sanallista palautetta saamastanne ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelusta

19. Sana on vapaa

Kiitos vastauksistanne!

Liite 6. Kyselylomake kohteessa hoidetuille

KYSELYLOMAKE

Ensihoitopalvelun potilastyytyväisyys

Kanta-Hämeen pelastuslaitos

Kyselykaavakkeessa on 17 väittämää ja yksi avoin kysymys. Väittämät koskevat Kanta-Hämeen pelastuslaitoksen Hämeenlinnan seutukunnalle tuotettujen ensihoito- ja sairaankuljetuspalveluiden laatua. Väittämiin ei ole olemassa oikeaa eikä väärää vastausta. Ympyröikää mielestänne sopiva vastausvaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

1. Ikä_____

2. Sukupuoli

Mies_____ Nainen_____

Valitkaa ympyröimällä kunkin väittämän kohdalla se vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten Teidän mielestänne ambulanssihenkilöstön yleistä olemusta.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

3. Henkilökunta käyttäytyi kohteliaasti ja esitteli itsensä

1 2 3 4 5

4. Asusteet ja olemus olivat asianmukaiset

1 2 3 4 5

5. Henkilökunnan läsnäolo toi turvallisuudentunteen

1 2 3 4 5

Seuraavat väittämät koskevat ambulanssihenkilökunnan ammattitaitoa. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

6. Henkilökunta oli ammattitaitoista ja määrätietoista

1 2 3 4 5

7. Toiminta oli rauhallista ja kokonaisuus hallinnassa

1 2 3 4 5

8. Tehdyt tutkimukset ja hoitotoimenpiteet

1 2 3 4 5

suoritettiin mielestäni oikein

9. Omaiset ja muut paikalla olijat otettiin huomioon 1 2 3 4
5

Seuraavissa väittämissä käsitellään hoitota- pahtumanne yksilöllisyyttä ja ainutkertai- suutta. Ympyröikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
--	-------------------------	------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------------

10. Palvelun saanti oli riittävän nopeaa 1 2 3 4 5

11. Kipu ja muut vaivani hoidettiin hyvin 1 2 3 4 5

12. Minua kuunneltiin ja asiani otettiin vakavasti 1 2 3 4 5

13. Sain riittävästi informaatiota tilanteen
etenemisestä 1 2 3 4 5

14. Yksityisyyttäni kunnioitettiin 1 2 3 4 5

Seuraavissa väittämissä käsitellään ambu- lanssihenkilökunnan antamia ohjeita. Ympy- röikää kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.	Täysin eri mieltä	Lähes eri mieltä	En osaa sanoa	Lähes samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
---	-------------------------	------------------------	---------------------	--------------------------	---------------------------

15. Henkilökunta perusteli kuljettamatta
jättämisen riittävän hyvin 1 2 3 4 5

16. Sain hyvät suulliset ja kirjalliset ohjeet
jatkon varalle 1 2 3 4 5

17. Saatoin jäädä turvallisin mielin kotiin,
vaikka minua ei kuljetettu 1 2 3 4 5

Seuraavassa kohdassa voitte kirjoittaa sanallista palautetta ensihoito- ja sairaankuljetuspalvelusta

18. Sana on vapaa

Kiitos vastauksistanne!

Liite 7. Hämeenlinnan tulokset



KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOS
 Ensihoitopalvelut
 Hämeenlinnan seutukunta
 Laatusuuryhmä / Viitämäki

8.8.2011

Ensihoitopalveluiden potilastyytyväisyys 2011

Henkilöstön yleinen olemus

Yhteenveto	4,5
Esiintyminen ja käyttäytyminen	4,4
Asusteet ja olemus	4,6
Läsnäolo ja turvallisuudentunne	4,5

Ammatillisuus

Yhteenveto	4,5
Ammatitaito	4,5
Kokonaisuuden hallinta	4,7
Kädetaidot	4,6
Omaisten huomiointi	4,1

Nopeus ja yksilöllisyys

Yhteenveto	4,4
Palvelun nopeus	4,3
Kivun ja muiden vaivojen hoito	4,5
Potilaan kuuntelu ja huomiointi	4,4
Informointi	4,2
Yksityisyyden huomiointi	4,5

Kuljetustapahtuma (vain kuljetetut)

Yhteenveto	4,6
Ambulanssin siisteys	4,5
Ambulanssin lämpö	4,5
Kuljetuksen miellyttävyys	4,6
Hoitopaikan valinta	4,6

Tehtävän hoito ilman kuljettamista (x-5 ja x-8)

Yhteenveto	4,7
Kuljettamatta jättämisen perustelu	4,9
Jatko-ohjeistus	4,5
Kuljettamatta jättämisen turvallisuus	4,7

Arviointiasteikko 1-5 (1 = huonoin, 5 = paras)

Tutkimusajankohta: 1-14.4.2011

Mittarista ja mittaustapahtumasta tarkemmin: Emmi Sorsa & Rochelle Santos,
 LAUREA AMK, sairaanhoitaja AMK -opinnäytetyö 2011

Käyntiosoite Kutalantie 1b 13210 Hämeenlinna	Puh. vaihe (03) 6211 Fax: (03) 621 2373	www.pelastuslaitos.fi etunimi.sukunimi@pelastuslaitos.fi
--	--	---

Liite 8. Forssan tulokset



KANTA-HÄMEEN PELASTUSLAITOS
Ensihoitopalvelut
Forssan seutukunta
Laatutyöryhmä / Viitamäki

26.8.2011

Ensihoitopalveluiden potilastyytyväisyys 2011

Henkilöstön yleinen olemus

Yhteenveto	4,5
Esiintyminen ja käyttäytyminen	4,3
Asusteet ja olemus	4,6
Läsnäolo ja turvallisuudentunne	4,6

Ammatillisuus

Yhteenveto	4,5
Ammattitaito	4,6
Kokonaisuuden hallinta	4,7
Kädetaidot	4,5
Omaisten huomiointi	4,3

Nopeus ja yksilöllisyys

Yhteenveto	4,4
Palvelun nopeus	4,3
Kivun ja muiden vaivojen hoito	4,4
Potilaan kuuntelu ja huomiointi	4,5
Informointi	4,4
Yksityisyyden huomiointi	4,5

Kuljetustapahtuma (vain kuljetetut)

Yhteenveto	4,5
Ambulanssin siisteys	4,5
Ambulanssin lämpö	4,6
Kuljetuksen miellyttävyys	4,4
Hoitopaikan valinta	4,5

Tehtävän hoito ilman kuljettamista (x-5 ja x-8)

Yhteenveto	4,6
Kuljettamatta jättämisen perustelu	4,6
Jatko-ohjeistus	4,6
Kuljettamatta jättämisen turvallisuus	4,7

Arviointiasteikko 1-5 (1= huonoin, 5= paras)

Tutkimusajankohta: 11. - 27.6. 2011

Mittarista ja mittaustapahtumasta tarkemmin: Emmi Sorsa & Rochelle Santos,
LAUREA AMK, sairaanhoito ja AMK -opinnäytetyö 2011

Käyntiosoite Kutalantie 1b 13210 Hämeenlinna	Puh. vaihe (03) 6211 Fax . (03) 621 2373	www.pelastuslaitos.fi etunimi.sukunimi@pelastuslaitos.fi
--	---	---